

ELAINE APARECIDA DACOL HENNA

**Relação entre temperamento, caráter e bem-estar
subjetivo: estudo em uma amostra de sujeitos saudáveis**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de: Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Monica L. Zilberman

Co-orientadora: Profa. Dra. Clarice Gorenstein

São Paulo

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Henna, Elaine Aparecida Dacol
Relação entre temperamento, caráter e bem-estar subjetivo : estudo em uma amostra
de sujeitos saudáveis / Elaine Aparecida Dacol Henna. -- São Paulo, 2011.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade
de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.
Orientadora: Mônica Levit Zilberman.
Co-orientadora: Clarice Gorenstein.

Descritores: 1.Bem-estar subjetivo 2.Temperamento 3.Caráter 4.Personalidade
5.Gênero 6.Felicidade 7.Satisfação pessoal 8.Qualidade de vida

USP/FM/DBD-330/11

*Para Jorge, Beatriz e André,
os grandes amores de minha vida, que dão sentido a tudo.*

AGRADECIMENTOS:

À Profa. Dra. Monica L. Zilberman, por acreditar, por concretizar, por caminhar ao lado e, mais importante, por fazer valer a pena.

À Profa. Dra. Clarice Gorenstein, maestrina de meus desordenados pensamentos, por sua inesgotável paciência e por crer que posso caminhar, quando muitas vezes duvido disso.

Ao Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno, sempre preciso em seus comentários e sugestões que tem auxiliado em minha construção pessoal.

Aos Profs. Drs. Francisco Lotufo Neto, Daniel Fuentes e Antônio de Pádua Serafim, pelas sugestões e comentários feitos na qualificação, que guiaram a elaboração final dessa tese.

À Sra. Eliza Samie Sogabe Fukushima, pela incomparável eficiência, dedicação e cumplicidade.

Ao Dr. Hermano Tavares, por utilizar suas férias e fins de semana “domesticando” os dados e tornando a estatística divertida.

À Dra. Maria Valéria Pavan, pela sua amizade e sempre disponibilidade, que com toda sua energia e determinação foi fundamental no auxílio do recrutamento dos voluntários. Por mais uma vez, me auxiliar nas funções maternas.

Ao Prof. Dr. Fernando Antonio Almeida, um bom ouvinte e sempre pontual em suas sugestões, por ser um exemplo de dedicação ao ensino.

Aos meus pais, pelo amor sempre disponível e incondicional.

Claire e Z, por deixarem tudo ser mais divertido, interessante e prazeroso, pela amizade, cumplicidade, confiança e amor.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Aneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

ABREVIATURAS DOS TÍTULOS DOS PERIÓDICOS DE ACORDO COM *LIST OF JOURNALS INDEXED IN INDEX MEDICUS*.

SUMÁRIO

	Lista de siglas	
	Lista de tabelas	
	Lista de Figuras	
	Resumo	
	Summary	
1.	INTRODUÇÃO	1
1.1.	Conceito de bem-estar	4
1.1.1.	Bem-estar subjetivo	5
1.1.1.1.	Componente afetivo do BES: Afetos positivos e afetos negativos.....	7
1.1.1.1.1.	Definindo emoções, humor e afeto	7
1.1.1.2.	Componente cognitivo do BES: Satisfação com a vida	9
1.1.2.	Bem-estar psicológico	10
1.2.	Relevância do bem-estar subjetivo	11
1.2.1.	Bem-estar subjetivo e saúde	11
1.2.2.	Bem-estar subjetivo e envelhecimento	14
1.2.3.	Bem-estar subjetivo e saúde mental	15
1.3.	Fatores promotores de bem-estar subjetivo	16
1.3.1.	Fatores sociodemográficos	16
1.3.1.1.	Rendimento econômico	16
1.3.1.2.	Estado civil	18
1.3.1.3.	Idade	19
1.3.1.4.	Gênero	19
1.3.2.	Personalidade como promotor de bem-estar subjetivo	20

1.3.2.1.	Conceito de personalidade	21
1.3.2.1.1.	Constituição e personalidade	21
1.3.2.1.2.	Temperamento e personalidade	22
1.3.2.1.3.	Caráter e personalidade	23
1.3.2.2.	Modelos de avaliação da personalidade	24
1.3.3.	Teoria dos traços de personalidade e bem-estar subjetivo	25
1.3.3.1.	Teoria do equilíbrio dinâmico ou “set point”	25
1.3.3.2.	Teoria temperamental e instrumental de personalidade	26
1.3.3.3.	Similaridade entre os construtos	27
1.3.3.4.	Teoria comportamental de personalidade e bem-estar subjetivo	28
1.3.3.4.1.	Teoria da ativação e inibição comportamental	28
1.3.3.5.	Estudos sobre a relação entre bem-estar subjetivo e personalidade	29
1.4.	Personalidade e bem-estar subjetivo: o papel do caráter	31
1.5	Implicações práticas do BES	36
2	OBJETIVOS	38
2.1.	Objetivo primário	39
2.2.	Objetivos secundários	39
3.	HIPÓTESES	40
4.	MÉTODOS	42
4.1.	Aspectos éticos	43
4.2.	Amostra	44
4.2.1.	Proveniência	44
4.2.2.	Critérios de inclusão	44
4.2.3.	Critérios de exclusão	45
4.3.	Desenho do estudo	45
4.4.	Procedimento	45

4.4.1.	São Paulo	46
4.4.2.	Sorocaba	47
4.5.	Instrumentos de avaliação	47
4.5.1.	Instrumentos para inclusão no estudo	47
4.5.1.1.	Questionário de rastreamento psiquiátrico (SRQ-20)	47
4.5.1.2.	Questionário de rastreamento psiquiátrico para álcool (SRQ-A)	48
4.5.1.3.	Inventario de depressão de Beck	49
4.5.1.4.	“Hypomanic check-list 32”	49
4.5.2.	Questionário de dados sociodemográficos	50
4.5.3.	Inventario de Temperamento e Caráter	50
4.5.4.	Instrumentos para avaliação do bem-estar subjetivo	53
4.5.4.1.	Instrumento para avaliação dos aspectos não afetivos do bem-estar subjetivo	53
4.5.4.1.1.	Escala de Satisfação com a vida	53
4.5.4.2.	Instrumentos para avaliação dos aspectos afetivos do bem-estar subjetivo	54
4.5.4.1.	Escala de bem-estar subjetivo de Albuquerque	54
4.5.4.2.	Índice de bem-estar	55
4.5.5.	Instrumento para avaliação da saúde	55
4.5.5.1.	Questionário de avaliação da qualidade de vida SF-36	55
4.6.	Análise dos resultados	57
5.	RESULTADOS	59
5.1.	Comparação dos dados sociodemográficos das amostras de acordo com local de procedência	60
5.2.	Resultados das avaliações dos estados subjetivos entre as amostras	61
5.3.	Resultados da análise de regressão linear multivariada para satisfação com a vida	64
5.4.	Resultados da análise linear generalizada para índice de bem-estar	65
5.6.	Resultados do modelo linear generalizada para afetos positivos e afetos negativos	67

5.7.	Resultados das análises do impacto da personalidade sobre bem-estar em homens e mulheres	68
5.7.1.	Resultados da análise de regressão linear multivariada para o gênero masculino	69
5.7.1.1.	Gênero masculino e satisfação com a vida	69
5.7.1.2.	Gênero masculino e índice de bem-estar	70
5.7.2.	Resultados da análise de regressão linear multivariada para o gênero feminino	71
5.7.2.1.	Gênero feminino e satisfação com a vida	71
5.7.2.2.	Gênero feminino e índice de bem-estar	73
6.	DISCUSSÃO	75
6.1.	Personalidade e bem-estar subjetivo	76
6.2.	Variáveis sociodemográficas e bem-estar subjetivo	80
6.3.	Saúde e bem-estar subjetivo	84
6.4.	Gênero, personalidade e bem-estar subjetivo	85
6.5.	Implicações práticas do BES	87
6.6.	Limitações do estudo	91
7.	CONCLUSÕES	93
8.	ANEXOS	95
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132

LISTA DE SIGLAS

AD	Autodirecionamento
AP	Afeto positivo
AN	Afeto negativo
AT	Autotranscendência
BE	Bem-estar
BES	Bem-estar subjetivo
BEP	Bem-estar psicológico
BN	Busca de novidades
CO	Cooperatividade
DG	Dependência de gratificação
EBES	Escala de bem-estar subjetivo
ED	Esquiva ao dano
HCFMUSP	Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCL-32	“Hypomanic check-list-32”
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Inventário de depressão de Beck
IPq- HCFMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ITC	Inventario de temperamento e caráter
LIM-23	Laboratório de Investigações Medicas - 23
QDSD	Questionário de dados sociodemográficos
SRQ	“Self-report questionnaire”
SRQ-A	“Self-report questionnaire – alcohol”

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil sociodemográfico dos sujeitos segundo o local de recrutamento.....	62
Tabela 2	Resultados das escalas de avaliação dos estados subjetivos segundo local de proveniência da amostra	63
Tabela 3	Resultados significativos da análise de correlação de Spearman rho para as variáveis sociodemográficas, personalidade e bem-estar subjetivo	64
Tabela 4	Resultados da análise de regressão linear passo-a-passo para satisfação com a vida	66
Tabela 5	Resultados da análise de regressão linear passo-a-passo para índice de bem-estar	67
Tabela 6	Médias (DP) de Satisfação com a Vida, Afetos Positivos e Negativos, Saúde Física e Mental e Personalidade por gênero	69
Tabela 7	Resultados da regressão linear multivariada passo-a-passo, para satisfação com a vida no gênero masculino	70
Tabela 8	Resultados da análise de regressão linear multivariada passo-a-passo, para índice de bem-estar no gênero masculino	71
Tabela 9	Resultados da análise de regressão linear multivariada passo-a-passo, para satisfação com a vida no gênero feminino	72
Tabela 10	Resultados da análise de regressão linear multivariada passo-a-passo, para índice de bem-estar no gênero feminino	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Análise da normalidade do resíduo para satisfação com a vida	65
Figura 2	Análise da normalidade do resíduo para índice de bem-estar	67
Figura 3	Análise da normalidade do resíduo para satisfação com a vida no gênero masculino	70
Figura 4	Análise da normalidade do resíduo para índice de bem-estar no gênero masculino	71
Figura 5	Análise da normalidade do resíduo para satisfação com a vida no gênero feminino.....	72
Figura 6	Análise da normalidade do resíduo para índice de bem-estar no gênero feminino	73

Henna E. *Relação entre temperamento e caráter e bem-estar subjetivo: Estudo em uma amostra de sujeitos saudáveis* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 151 p.

Bem-estar subjetivo (BES) é um conceito amplo que representa a satisfação com a vida e inclui a saúde física e mental. O BES é composto por dois componentes: afetivo e cognitivo. A personalidade está entre os fatores responsáveis pela promoção e manutenção de BES e tem sido avaliada por testes que abrangem apenas os aspectos afetivos do BES. Uma avaliação mais completa é representada pelo modelo psicobiológico de Cloninger, que engloba também os fatores de desenvolvimento da personalidade (caráter). Apenas dois estudos utilizaram esse modelo e em ambos caráter foi fortemente associado a bem-estar, porém não está claro se essa associação representa um padrão específico das culturas estudadas. Objetivos: 1) Avaliar quais dimensões de temperamento e caráter estão associadas aos aspectos afetivos e não afetivos do bem-estar subjetivo; 2) Avaliar como fatores sociodemográficos se associam ao bem-estar em nossa amostra; 3) Avaliar se diferenças de personalidade entre os gêneros atuam sobre BES. Método: Estudo transversal realizado em uma amostra de conveniência. Participaram 273 voluntários saudáveis que responderam ao Inventário de Temperamento e Caráter, a subescala de afetos positivos e negativos da Escala de Bem-Estar Subjetivo, a Escala de Satisfação com a Vida e a Brasil Short Form-36 itens (BR-SF-36). As variáveis categóricas foram analisadas por teste qui-quadrado e as demais por teste *t* de Student ou Mann-Whitney. A relação entre as variáveis de bem-estar e as variáveis explicativas (personalidade, sociodemográficas e de saúde) foi analisada por modelos de regressão linear multivariada. Resultados: Os aspectos afetivos do BES estiveram associados a saúde mental, ser casado, morar em Sorocaba, possuir objetivos, conhecer e aceitar defeitos e qualidades, e baixos escores em esquivar ao dano e autotrancendência. Satisfação com a vida foi associada a saúde mental, ser casado, morar em Sorocaba, ter afetos positivos, maiores escores em autodirecionamento e maior índice econômico. Para ambos os gêneros o principal

determinante de BES foi a saúde mental, seguida por fatores socioeconômicos. Em homens, o BES esteve positivamente associado a saúde mental e índice econômico, enquanto em mulheres dependeu, além desses, de ser casada, maiores escores em autodirecionamento e menores escores em esquivar ao dano e autotranscendência. Conclusões: Os resultados sugerem que bem-estar subjetivo é melhor explicado por modelos integrativos que incluam tanto dimensões de personalidade quanto circunstâncias da vida e que autodirecionamento é a dimensão mais relacionada a bem-estar.

Descritores: Bem-estar subjetivo, temperamento, caráter, personalidade, gênero, satisfação pessoal, saúde, qualidade de vida.

Henna E. *Relationship between temperament, character, and subjective well-being: Study in a sample of healthy volunteers*. [Thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 151 p.

Subjective well-being (SWB) is a broad concept that represents satisfaction with life and includes physical and mental health. SWB is composed by two components: affective and cognitive. Personality is one of the factors responsible to promote and maintain SWB, and has been evaluated by tests that encompass only the affective aspects of SWB. A more complete evaluation is represented by Cloninger's psychobiological model, which also encompass the factors of development of personality (character). Only two studies used this model, and in both character was strongly associated with well-being, however, is not clear if this kind of association represents a specific cultural pattern present in that cultures. Objectives: 1) To evaluate which dimensions of temperament and character are associated with affective and non-affective aspects of subjective well-being; 2) Evaluate how sociodemographic factors are associated with well-being in our sample; 3) Evaluate if gender differences in personality act over SWB. Methods: This is a cross-sectional study in a convenience sample. 273 healthy volunteers answered the Temperament and Character Inventory, the subscale of positive and negative affects of the Subjective Well-Being Scale, the Satisfaction with Life Scale, and Brazil Short Form-36 items (SF-BR-36). The categorical variables were analyzed by chi-square, the other variables by *t*-test or Mann-Whitney test. The relationship between well-being variables and the explanatory (personality, sociodemographic and health) was analyzed by multivariate linear regression models. Results: The affective aspects of SWB were associated with mental health, being married, living in Sorocaba, having goals, to realize and accept faults and qualities, and low scores in harm-avoidance and self-transcendence. Satisfaction with life was associated with mental health, being married, living in Sorocaba, having positive affects, high scores in self-directedness, and high economic index. For both genders the most important determinant of SWB was mental health followed by socioeconomic factors. In men, SWB was positively associated with mental health and economic index, while inwomen, besides these, depended on being married, higher scores in self-direction

and lower scores on the harm-avoidance and self-transcendence. Conclusions: The results suggest that subjective well-being is best explained by integrative models that include both dimensions of personality and life circumstances, and self-directedness is the dimension more related to well-being.

Descriptors: Subjective well-being, temperament, character, personality, gender, personal satisfaction, health, quality of life.

1. INTRODUÇÃO

1. Introdução

Tradicionalmente, a Psiquiatria e a Psicologia têm concentrado esforços na compreensão e tratamento dos transtornos mentais, procurando identificar suas possíveis peculiaridades e marcadores, objetivando uma recuperação completa (Joffe et al., 1993; Ito et al., 1995; Hellerstein et al., 2000). O aumento do conhecimento nesta área, associado ao avanço no desenvolvimento dos psicotrópicos, refletiu positivamente nos pacientes, de tal forma que uma série de transtornos mentais que sequer eram reconhecidos como tal, e outros considerados intratáveis atualmente têm, no mínimo, sido aliviados com as terapêuticas vigentes (Seligman, 1994).

Se por um lado, há estudos cada vez mais aprofundados sobre os transtornos mentais, por outro, pouco se sabe sobre as pessoas que conseguem manter sua integridade, serenidade, propósito e se sentem felizes mesmo em situações adversas de vida (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Presume-se que essa diferença em interesses tenha ocorrido por uma ênfase histórica na psicopatologia das doenças, concentrada em reparo de danos dentro de um modelo do funcionamento humano que valoriza a doença em detrimento do funcionamento saudável (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), associada à crença de que o entendimento dos processos anormais levaria a uma melhor compreensão do funcionamento normal (Diener & Seligman, 2002).

No entanto, a preocupação com o bem-estar e com a felicidade dos homens é quase tão antiga quanto a própria história da humanidade, havendo registros de relatos datados do século IV a.C., na filosofia grega, onde discutia-se a responsabilidade dos homens sobre sua própria felicidade e sobre as possíveis formas de alcançá-la (Ferraz et al., 2007).

O termo bem-estar foi oficialmente incorporado à saúde em 1948 pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1948). Até então, o conceito de saúde era restrito a ausência de doenças. Entretanto, após o término da 2ª guerra mundial houve uma preocupação em definir a saúde de uma forma mais positiva e com uma visão mais ampla que a dicotomia doença x não doença. Assim, a organização mundial da saúde definiu saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de enfermidade ou invalidez” (WHO, 1948; Donabendian, 1988). Mais recentemente, o estudo do bem-estar mental foi impulsionado com o advento da *Psicologia Positiva*.

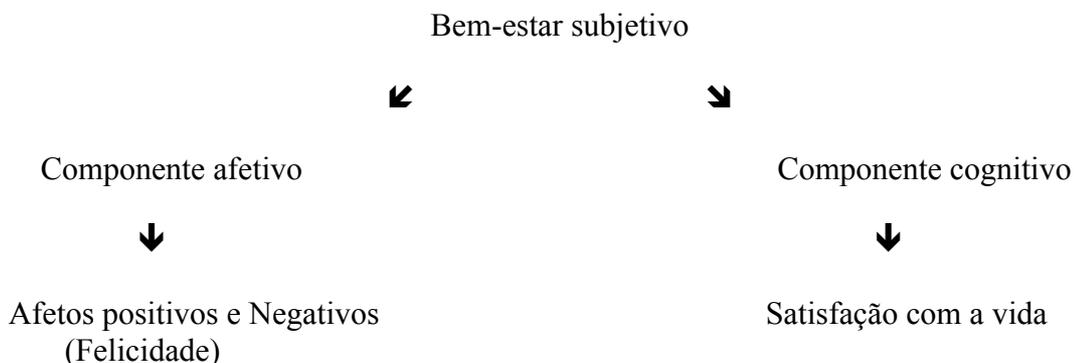
A psicologia positiva tem como escopo a compreensão dos mecanismos envolvidos nos estados emocionais positivos e suas implicações na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, incumbindo-se de estudar as forças e virtudes dos seres humanos, nutrindo e fortalecendo seus pontos positivos e auxiliando a adaptação em momentos adversos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Ferraz et al., 2007).

A preocupação com a possível prevenção de transtornos como depressão e dependência química em jovens com vulnerabilidade genética mostrou que construir e fortalecer competências pode funcionar como tamponamento contra o aparecimento precoce desses transtornos reforçando a importância da psicologia positiva dentro da saúde mental (Seligman, 1994). Essas observações impulsionaram pesquisas em diferentes áreas com a finalidade de compreender os mecanismos envolvidos na gênese e manutenção do bem-estar.

Muito embora o objetivo desta tese seja o estudo do impacto da personalidade sobre o bem-estar subjetivo, faremos uma breve revisão sobre a terminologia utilizada. A literatura pertinente utiliza felicidade, bem-estar, bem-estar subjetivo, qualidade de

vida e satisfação com a vida como sinônimos, entretanto cada termo representa um construto diferente. Faremos uma breve revisão sobre o conceito desses construtos.

Esquemáticamente:



1.1. Conceito de Bem-estar (BE)

Bem-estar tem como sinônimas: 1. Situação agradável do corpo ou do espírito; 2. Conforto, tranquilidade; e 3. Haveres suficientes para a comodidade da vida (Houaiss, 2004). Bem-estar tem sido conceituado como um fenômeno que representa a satisfação consigo próprio e com o meio onde o indivíduo está inserido (Diener et al., 1999; Ryan & Deci, 2000).

De acordo com Seligman & Csikszentmihalyi (2000), bem-estar refere-se de uma forma geral ao que as pessoas pensam e sentem em relação a suas vidas: ao contentamento e à satisfação em relação ao passado, à esperança e ao otimismo em relação ao futuro e à felicidade em relação ao presente.

O bem-estar é estudado em nível individual pela capacidade de amar, pela coragem, perseverança, sensibilidade, espiritualidade, perdão e pela sabedoria. Em nível de grupo o bem-estar tem sido estudado pelas virtudes cívicas que movem as pessoas para ampliação da cidadania: como responsabilidade, altruísmo, tolerância,

moderação e pelo trabalho ético. Individualmente o estudo do bem-estar envolve o entendimento de quatro características pessoais parcialmente responsáveis pelo surgimento e manutenção do bem-estar: bem-estar subjetivo (BES), otimismo, felicidade e autodeterminação. O bem-estar tem sido estudado sob a ótica de duas correntes filosóficas distintas. Uma diz respeito ao bem-estar subjetivo, ou hedônico, representando o sentir e o pensar sobre a vida. O “sentir a vida” corresponde ao estudo da felicidade propriamente dita (prazer e contentamento) e o “pensar sobre a vida” corresponde à satisfação com a vida. A outra corrente filosófica do estudo do bem-estar é a eudemônica ou bem-estar psicológico. Esta faz referência ao desenvolvimento humano, isto é, à autodeterminação e à capacidade de crescimento e adaptação frente às contínuas mudanças do mundo (Veenhoven,1991; Ryan & Deci, 2001). Sob essa ótica, bem-estar refere-se ao contentamento, satisfação e felicidade que seriam consequentes a um bom funcionamento psicológico.

1.1.1. Bem-Estar Subjetivo (BES)

A preocupação com a felicidade é muito antiga. Em 1930, Dodge observou que pouco havia mudado no estudo da felicidade desde os conceitos formulados pela filosofia grega (citado por Wilson, 1967). O bem-estar enfocado sob a ótica científica data de 1967, quando Wilson escreveu uma revisão sobre o tema procurando descrever características associadas à felicidade e concluiu que a pessoa feliz é: “jovem, saudável, bem educada, bem paga, religiosa, casada, sem preocupações, extrovertida, otimista, com boa autoestima, com modestas aspirações e inteligente” (Wilson, 1967). Wilson ainda postulou que a felicidade dependeria da satisfação de necessidades humanas; e que o grau com que a satisfação dessas necessidades

produziriam felicidade dependeria do nível de aspirações e adaptações. As aspirações e adaptações, por sua vez, receberiam influência de experiências passadas, de comparações com os pares e valores pessoais. Entretanto, o interesse no estudo do bem-estar ganhou corpo no fim da década de 50 como consequência da procura por indicadores de qualidade de vida que fossem além dos indicadores socioeconômicos (Land, 1975; Gill & Feinstein, 1994), reforçando a importância do valor do indivíduo e de sua avaliação subjetiva da vida que transcende a prosperidade econômica (Diener et al., 1999). A fundamentação do BES foi construída sobre a noção de que o objetivo de viver é maximizar o prazer e minimizar a dor, isto é, o prazer e a satisfação em alcançar as metas estabelecidas (Diener et al., 1985).

BES pode, então, ser definido como a forma com que cada indivíduo julga sua vida, de acordo com suas expectativas adaptadas às constantes mudanças de vida (Diener et al., 1985), o que envolve um componente cognitivo, representado pela satisfação com a vida e um componente afetivo que refere-se à felicidade propriamente dita e é representado pela presença de afetos positivos e pela ausência de afetos negativos (Diener et al., 1997).

Embora felicidade, bem-estar e satisfação com a vida venham sendo utilizados como sinônimas, há um consenso na literatura em utilizar bem-estar subjetivo como construto que engloba afetos positivos (AP), afetos negativos (AN), que representam a felicidade propriamente dita, e a satisfação com a vida (SCV) (DeNeve & Cooper, 1998). Segundo Diener et al. (1997), o BES depende de uma maior frequência de estados emocionais positivos do que negativos e de boa satisfação com a vida.

1.1.1.1.Componente afetivo de BES: afetos positivos e afetos negativos

1.1.1.1.1. Definindo emoções, humores e afetos

Emoções são sistemas de respostas transitórias e intensas a fatores externos e cursam com estado de ativação fisiológica (Ekman, 1992). As emoções tem quatro pilares em sua definição: 1. Expressão facial característica; 2. Padrão de alterações fisiológicas, tais como taquicardia, taquipnéia e piloereção; 3. sentimento subjetivo acompanhando essas alterações; 4. Forma característica de comportamento adaptativo (Ekman, 1992). Já o humor é composto por estados transitórios de sentimentos e afetos, que podem durar de horas a dias e que obedecem a um padrão circadiano. Embora o humor sofra influência de situações externas, também varia em decorrência de processos internos (Watson & Walker 1996). Humor é mais inclusivos que as emoções, abarcando qualquer estado ou sentimento transitório independentemente de reações fisiológicas. O humor engloba versões atenuadas das emoções, tais como irritabilidade, nervosismo, tensão e alegria, bem como estados de baixa ativação como cansaço, serenidade e calma (Watson, 2000). As emoções e os humores juntos compõem os afetos. Segundo Watson & Walker (1996), afetos são os leves estados de humor que experimentamos ao longo do dia. Algumas vezes estamos excitados e energéticos, outras aborrecidos, entretanto, enquanto conscientes e despertos sempre experimentamos algum tipo de sensação e a esse fluxo contínuo de sentimentos chamamos de afeto (Watson, 2000). Os afetos apresentam três atributos: o primeiro é o fato de serem de baixa intensidade e portanto não desencadearem alterações fisiológicas; o segundo é que o fluxo de afetos são tipicamente positivos ou prazerosos; assim, experimentamos mais afetos positivos que negativos ao longo do dia e o terceiro é que eles apresentam um padrão típico e

consistente que varia de indivíduo para indivíduo, tradicionalmente chamado de traço afetivo (Watson & Walker, 1996; Watson, 2000). Traços afetivos representam as diferenças individuais na tendência a sentir determinado afeto e essa tendência se mantém relativamente constante e consistente com o passar do tempo e das circunstâncias (Watson, 2000).

Toda a literatura acerca BES foca sobretudo os afetos. Afetos positivos são representados por entusiasmo, motivação, determinação, dinamismo, calma e tranquilidade, representando o quanto um sujeito sente-se engajado e com prazer pela vida. Em contrapartida, os afetos negativos congregam inúmeros estados transitórios aversivos tais quais constrangimento, raiva, culpa, medo, tristeza, desdém, desgosto e preocupação e representam o quanto um indivíduo pode sentir-se constrangido e desconfortável em relação à vida (Watson & Clark, 1984). Embora pareça lógico dizer que afetos positivos e negativos são extremos de um “continuum”, Bradburn (1969) observou que os afetos positivos e negativos não representam polos opostos. Isso impulsionou a identificação de duas dimensões distintas e relativamente independentes. Estudos subsequentes consubstanciaram a existência dessas dimensões, cada qual constituída por altos e baixos índices (Diener & Emmons, 1985; Watson & Clark, 1984; Watson, Clark & Tellegen, 1988; Keyes et al., 2002). A identificação das dimensões apontou a necessidade de medir objetivamente a experiência afetiva. Altos níveis de afetos positivos representam engajamento ativo, prazeroso e energético em relação à vida, enquanto baixos níveis de afetos positivos são caracterizados por anedonia e letargia (Watson & Clark, 1984).

No que diz respeito ao BES, a preponderância de afetos positivos sobre negativos estaria associada a maiores índices de BES, caracterizando a felicidade (Lucas & Diener, 2001).

1.1.1.2. Componente cognitivo do BES: Satisfação com a vida

Satisfação com a vida é o julgamento que um indivíduo faz de sua própria vida, da comparação entre as circunstâncias da vida pessoal, profissional e relacionamentos interpessoais, experimentadas e confrontadas com o padrão de vida escolhido pelo indivíduo (Emmons, 1986). Reflete, portanto, a percepção de quão distante o sujeito se encontra de suas aspirações (Campbell et al., 1976). Satisfação com a vida é tem sido utilizada como indicador de qualidade de vida, porque independentemente dos recursos quantificáveis de bens, mercadorias e serviços, representa a percepção individual do estilo de vida (Siqueira et al., 2008), não sendo assim um construto externamente imposto. A referencia é estabelecida pelo próprio indivíduo. Dessa forma, processos de adaptação a situações adversas impactam a avaliação final da satisfação com a vida.

De acordo com Diener e colaboradores (1997), a maior distinção entre satisfação com a vida e felicidade é que a felicidade pode flutuar no tempo dependendo das circunstâncias, enquanto que a satisfação com a vida apresentaria uma consistência mais duradoura. Embora as medidas de afetos sejam distintas das de satisfação com a vida, os afetos podem influenciar a satisfação com a vida, uma vez que circunstâncias que conduzem a reações emocionais podem afetar a memória de emoções alterando assim o julgamento global da satisfação com a vida (Diener et al., 1997).

1.1.2. Bem-Estar Psicológico (BEP)

O conceito de bem-estar psicológico foi concebido a partir da convergência de várias teorias de funcionamento psicológico positivo acerca do desenvolvimento humano (Ryff, 1989). Bem-estar psicológico diz respeito à capacidade de adaptar-se e enfrentar os desafios da vida (Keyes et al., 2002; Siqueira et al., 2008). A perspectiva eudemônica opõe-se ao foco exclusivo no prazer e postula que o bem-estar psicológico viria como consequência do crescimento pessoal contínuo e da adaptação frente às constantes transformações do mundo (Ryff, 1989). Nesse enfoque, a felicidade seria experimentada como uma sensação agradável, resultante de uma vida vivida de acordo com padrões éticos e implicando em autorealização e maturidade (Ryan & Deci, 2001; Keyes et al., 2002).

Em 1989, Ryff sugeriu um modelo de bem-estar psicológico com seis dimensões que abarcam diferentes aspectos do funcionamento psicológico passíveis de crescimento contínuo: *auto-aceitação*: aspecto central da saúde mental, representa o sentir-se bem consigo após reconhecimento de suas próprias limitações, revelando autoconhecimento e maturidade; *relacionamento positivo com os outros*: representado pela procura e pela manutenção de relacionamentos confiáveis e profundos, denotando empatia e afeição; *autonomia*: representado por senso de autodeterminação, resistência à aculturação e independência em relação à aprovação externa; *domínio do ambiente*: capacidade de escolher ambientes adequados de acordo com suas necessidades e metas pessoais; *propósito de vida*: encontrar significado nos próprios esforços e desafios; *crescimento pessoal*: fazer uso máximo de seus talentos e capacidades.

Embora as abordagens hedônica e eudemônica de bem-estar representem visões distintas do funcionamento psicológico positivo, esses construtos não são completamente independentes como observado por Ryff & Keyes (1995) que encontraram uma associação moderada entre medidas de satisfação com a vida e auto-aceitação. Ainda, como relatado por Keyes et al. (2002), ambas abordagens incorporam valores humanísticos na avaliação da felicidade.

1.2. Relevância do bem-estar

1.2.1. Bem-estar subjetivo e saúde

A relação entre bem-estar e saúde é estreita e reconhecida desde Hipócrates (460 – 377 a.C.), que formulou a teoria humoral das doenças, segundo a qual quatro fluidos corporais regeriam o corpo, quando desregulados causariam diversos sintomas inaugurando uma nova perspectiva sobre as causas das doenças e uma possível conexão entre saúde e emoções.

O estudo considerado cientificamente pioneiro na identificação da relação emoção-saúde data de 1919, quando foi observado que afetos negativos exerciam influência negativa sobre o sistema imune de pacientes com tuberculose (Ishigami, 1919, citado por Zachariae, 2009). Ainda não se pode excluir o fato de que afetos negativos estão associados a má qualidade de sono, que por sua vez, tem sido associada ao depauperamento da atividade imunológica (Cruess et al., 2003). Desde então, a relação entre afetos e saúde vem sendo sistematicamente explorada.

Pacientes deprimidos relatam mais sintomas dolorosos e também avaliam sua saúde como pior do que indivíduos sem depressão (Katon, 1984). Da mesma forma, são encontrados maiores índices de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes

internados por diversos problemas físicos quando comparados à população geral (Katon & Sullivan, 1990). A partir dessas observações, diversos estudos passaram a investigar a forma pela qual a relação emoção-saúde é mediada.

Estudos com animais mostraram que lesões cerebrais nos hemisférios direito e esquerdo resultaram em padrões de ativação e supressão do sistema imune, respectivamente. Também foram identificadas inervações simpática e parassimpática em órgãos de defesa como baço e linfonodos. Além disso, o sistema imune e o sistema nervoso compartilham hormônios neuroendócrinos, neurotransmissores, citocinas e seus receptores (Zachariae, 2009). Assim, seria procedente supor que alterações no estado emocional reflitam no sistema imune. De fato, Jorgensen & Zachariae (2006) observaram diminuição de marcador de função imunológica após a indução experimental de afetos negativos.

No que diz respeito aos afetos positivos (AP), parece haver uma ação direta e outra indireta sobre a saúde. Os AP atuam sobre a atividade imunológica aumentando os níveis de imunoglobulina A, que são os anticorpos de primeira linha contra o resfriado comum (Salovey et al., 2000). Salovey et al. (2000) ainda observaram associação entre AP e diminuição de infecção por vírus da gripe, resposta mais rápida na formação de anticorpos após vacinação e recuperação mais rápida após cirurgia cardíaca.

Da mesma forma, Steptoe et al. (2009) observaram que afetos positivos estiveram relacionados a níveis mais baixos de cortisol matinal. O aumento do cortisol esteve envolvido em uma série de doenças crônicas, como diabetes tipo 2, hipertensão e depressão (Raison & Miller, 2003), o que conduziu os autores a concluir que afetos positivos poderiam estar associados a um padrão de atividade que contribuiria

para risco reduzido de doenças crônicas. Ainda, afetos positivos foram associados a redução da mortalidade (Dhabhar & McEwen, 1997; Zachariae, 2009). Reforçando essas observações, experimento com indução de afetos negativos e positivos estiveram associados, respectivamente, com supressão e indução da atividade imunológica (Zachariae et al., 1991).

Indiretamente, a presença de afetos positivos e bem-estar estão relacionados a comportamentos saudáveis e maior adesão aos tratamentos propostos (Steel et al., 2008); por sua vez, um estilo de vida saudável se relaciona à redução do risco de desenvolvimento de doenças crônicas (Piqueras et al., 2011). A afetividade positiva também está associada à prática regular de exercícios, à diminuição do consumo de cigarro e álcool, melhor qualidade de sono e dieta saudável (Raison & Miller, 2003; Piqueras et al., 2011). O BES também se associa negativamente à ocorrência de doenças físicas (Martínez & García, 1994) e tem sido utilizado como um indicador importante do nível de adaptação na terceira idade (Guedea, 2006).

Outras características de funcionamento psicológico positivo, tais como mecanismos de enfrentamento de situações adversas, auto-eficácia e autodeterminação, também estão implicados na manutenção da saúde.

Mecanismos utilizados como forma de enfrentamento em situações estressantes, ou *coping*, foram relacionados à saúde. Indivíduos que utilizaram o humor como mecanismo de enfrentamento apresentaram níveis maiores de imunoglobulina A, enquanto mulheres que usaram o choro como mecanismo de enfrentamento apresentaram maior frequência de resfriados (Labott & Martin, 1990). Acredita-se que essa relação seja mediada pela presença de afetos positivos e negativos, que atuam diretamente sobre a imunidade (Labott & Martin, 1990).

Autoeficácia refere-se à crença que o indivíduo tem de sua própria competência e, conseqüentemente, de sua capacidade de realizar e manter-se nos objetivos escolhidos a despeito dos obstáculos (Ryan & Deci, 2001). O conceito de autodeterminação representa o controle que o indivíduo tem de seus desejos e a motivação que está por trás das escolhas independentemente de influências externas (Ryan & Deci, 2001). Autoeficácia e autodeterminação estão diretamente relacionadas a comportamentos saudáveis como não fumar, exercício físico regular e uso de cinto de segurança, entre outros (Steptoe et al., 2009).

1.2.2. Bem-estar subjetivo e envelhecimento

Bem-estar subjetivo e psicológico estão relacionados à melhor adaptação a mudanças secundárias ao envelhecimento, tais como saída do mercado de trabalho e viuvez (Guedea, 2006). Escores mais altos de bem-estar também foram associados a reduzida mortalidade e maior longevidade (Mete, 2005), entretanto, os mecanismos envolvidos na longevidade ainda não estão estabelecidos. Steptoe et al. (2005) sugerem que essa relação possa ocorrer diretamente, uma vez que afetos positivos foram relacionados com redução da liberação de fatores anti-inflamatórios em situações de estresse. Os fatores anti-inflamatórios, por sua vez, estão associados à proteção contra doenças cardiovasculares. De maneira indireta, sugere-se que afetos positivos e funcionamento psicológico positivo aumentem a longevidade por meio da escolha de comportamentos como não fumar, uso comedido de bebida alcoólica, exercício físico regular e melhor qualidade de sono.

1.2.3. Bem-estar subjetivo e saúde mental

No que diz respeito à saúde mental, BES tem sido negativamente associado a estados depressivos (Bonicatto et al., 2001; Nes et al., 2006) e positivamente associado a maior rapidez em recuperação sintomatológica e remissão sustentada em depressões leves a moderadas (Seligman et al., 2006). Indivíduos com altos escores em neuroticismo e baixos escores em BES apresentam risco maior de depressão e são mais sensíveis aos fatores depressogênicos das adversidades (Nes et al., 2006). Assim, mecanismos similares podem estar envolvidos na etiologia tanto da depressão quanto do BES, e os dois fenótipos poderiam representar descrições alternativas de reações a situações de estresse (Caspi et al., 2003). Como a depressão está associada a níveis mais altos de cortisol endógeno e maiores índices de BE estão associados à diminuição nos níveis de cortisol, Ryff et al. (2004) sugeriram que o BE poderia funcionar como fator protetor ao desencadeamento de depressão. Os autores avaliaram 18 mulheres com história prévia de episódios depressivos e observaram que mulheres com escores mais altos em bem-estar psicológico tinham níveis mais baixos de cortisol e fatores inflamatórios do que as mulheres com história prévia de depressão. Embora o desenho longitudinal do estudo e a ausência de registro de números de episódios depressivos prévios limitem as conclusões do estudo, o bem-estar psicológico em mulheres com transtorno depressivo esteve associado à diminuição dos níveis basais indicadores de saúde como menor chance de diabetes tipo 2, hipertensão arterial e doença aterosclerótica.

Além da depressão, o bem-estar tem sido negativamente associado a transtorno de ansiedade generalizado (Ruini & Fava, 2006) e a maior sintomatologia em primeiro episódio psicótico (Uzenoff et al., 2010).

1.3. Fatores promotores de bem-estar subjetivo

O BES contribui para um funcionamento efetivo de múltiplos sistemas biológicos, o que poderia prevenir o organismo de sucumbir às doenças ou, quando doente ou frente a adversidades, promover recuperação mais rápida. Esse impacto sobre a saúde impulsionou estudos nos campos socioeconômicos e de psicologia na procura por fatores responsáveis pela sua promoção e manutenção. No campo da ciências sociais, investiga-se variáveis demográficas que poderiam influenciar o BE (Diener et al., 2003). No campo da saúde mental, estuda-se o impacto da felicidade e da satisfação com a vida no desencadeamento de doenças mentais (Land, 1975). Ainda, há estudos provenientes da psicologia delimitando a personalidade de pessoas felizes e infelizes (Diener & Seligman, 2002) e os fenômenos de adaptação frente às adversidades (Lucas et al. 2003).

1.3.1. Fatores socioeconômicos

1.3.1.1. Rendimento econômico

Considerando que a obtenção de bem-estar subjetivo elevado depende de frequentes experiências positivas e da satisfação com vários aspectos da vida, esperar-se-ia que populações com maior concentração de riqueza apresentassem níveis elevados de bem-estar subjetivo. De fato, nações mais ricas apresentam maiores índices de bem-estar subjetivo (Ingleman & Klingemann, 2000). Entretanto, no estudo de Inglehart e colaboradores (2004) países da América Latina apresentaram índices de felicidade semelhantes aos de países mais ricos, sugerindo que a riqueza contribui para a felicidade até o ponto de suprir as necessidades básicas como ter água limpa,

moradia e acesso à saúde. Ferraz et al. (2007), em uma revisão sobre felicidade, encontraram que maior poder aquisitivo não se correlaciona com aumento significativo nos níveis de felicidade. Consistentes com esses relatos, Easterling e colaboradores (2010) ao avaliarem países desenvolvidos, em desenvolvimento e países em transição do comunismo para democracia pelo período de 10 anos observaram que, a curto prazo, um aumento ou diminuição na renda é acompanhada por alterações na satisfação com a vida, mas que após 10 anos os níveis de satisfação com a vida tendem a voltar ao estado basal. Esses achados reforçam a hipótese de Inglehart e colaboradores (2004) de que dinheiro é importante até o ponto de suprir necessidades básicas. Consubstanciando esses achados, Kahneman et al. (2006) observaram que pessoas com maior poder aquisitivo não só não são mais felizes, como também são mais tensas e gastam menos tempo com atividades de lazer.

Johnson & Krueger (2006) sugeriram que a relação entre riqueza e BES deve-se ao poder de controle sobre as circunstâncias de vida. Já Suh et al. (1996) postulam que a felicidade determina o ponto de comparação material, de tal forma que sujeitos otimistas comparam-se com pessoas de nível socioeconômico inferior, enquanto pessimistas tendem a se comparar com pessoas com nível socioeconômico superior. Assim, o construto de satisfação com a vida estaria mais relacionado a características intrínsecas dos sujeitos do que ao nível sócio econômico propriamente dito. Como o fator comparação é levado em conta na avaliação da satisfação com a vida, Islam e colaboradores (2009) realizaram um estudo no Brasil utilizando medidas objetivas e subjetivas de classe social. As medidas objetivas utilizadas foram os resultados de censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e como medida subjetiva foi perguntado aos respondentes em que classe social eles se classificavam.

Os resultados mostraram uma moderada associação entre rendimento e bem-estar subjetivo, e também entre a percepção de pertencimento a determinada classe e bem-estar subjetivo, de acordo com o sugerido por Suh et al. (1996). Contrapondo-se a esses achados, Deaton (2008) utilizando dados do Instituto Gallup de 132 países observou que a relação entre renda e bem-estar subjetivo manteve-se linear o tempo todo. O autor credita a diferença entre seus achados e os de estudos anteriores à inclusão em seu estudo de países mais pobres e a não seleção dos participantes. No estudo de Easterlin (2003) os sujeitos dos países mais pobres escolhidos para participar da pesquisa eram os que residiam em centros urbanos e que tinham níveis maiores de escolaridade.

1.3.1.2. Estado civil

No que diz respeito ao estado civil, embora estudos anteriores não tenham encontrado associação com bem-estar subjetivo (Lykken & Tellegen 1996), Easterlin (2003) em sua revisão “Explaining Happiness”, observou que pessoas casadas relataram maiores índices de felicidade e satisfação com a vida do que os que nunca se casaram e que o casamento tem efeito duradouro sobre a felicidade. Resultados semelhantes têm sido replicados (Clark & Oswald, 2002; Easterlin, 2003; Ballas & Dorling, 2007; Rodrigues & Silva, 2010). Ainda, divórcio e viuvez estão entre os eventos mais estressantes da vida adulta (Lucas et al., 2003; Ballas & Dorling, 2007). Estar casado, formalmente ou não, tem sido repetidamente associado a maiores índices de afetos positivos e satisfação com a vida (Rodrigues e Silva, 2010; Ballas e Dorling, 2007; Easterlin, 2003; Clark & Oswald, 2002). O impacto positivo do

casamento sobre a felicidade parece ser o mesmo para ambos os gêneros (Ballas e Dorling, 2007)

1.3.1.3. Idade

A associação entre idade e BES tem sido inconsistente. A primeira revisão científica sobre felicidade a associou à juventude (Wilson, 1969, em Diener et al., 1999). Inglehart et al. (2004) e Watson (2000) não encontraram qualquer associação com bem-estar subjetivo, enquanto Helliwell & Putnam (2004) e Diener & Emmons (1985) observaram que a satisfação com a vida aumentaria a partir dos 60 anos, o que poderia ser justificado pela percepção de realização de objetivos. Entretanto, Deaton (2008), ao avaliar dados de 137 países dividindo os indivíduos por faixas etárias, observou que, com exceção dos Estados Unidos e do Canadá, a satisfação com a vida tende a cair a partir dos 60 anos. O aumento observado nesses países poderia refletir melhor suporte socioeconômico no período de aposentadoria.

1.3.1.4. Gênero

Em relação ao gênero e afetos, mulheres relatam mais afetos positivos e negativos do que os homens (Diener, 1984; Watson, 2000). Entretanto, no que diz respeito à satisfação com a vida, os resultados são contraditórios. Gonçalves & Kapzinski (2008) encontraram que mulheres apresentariam menor satisfação com a vida do que homens, enquanto Helliwell & Putnam (2004) e Rodrigues & Silva (2010) não observaram qualquer diferença referente a gênero no BES.

Embora a literatura refira que homens e mulheres não apresentam diferenças em relação ao BE, existem diferenças nas dimensões de personalidade entre os gêneros,

que foram replicadas em diferentes países (Brändström et al., 2001). Mulheres apresentam maiores escores de esquivas ao dano, dependência de gratificação e cooperatividade, enquanto homens apresentam escores maiores em busca de novidades (Brändström et al., 2001; Fresan et al., 2010). Entretanto não há estudos avaliando como as diferenças de personalidade entre gêneros impacta o BE.

1.3.1.5. Outras variáveis associadas ao bem-estar subjetivo

Além da relação entre riqueza, idade, estado civil e gênero com BES, outras variáveis têm sido estudadas. Diener et al. (1999) avaliaram dados coletados em 55 países e observaram que entre os vários fatores estudados – riqueza material, homogeneidade cultural, cultura coletivista versus individualista, distribuição de renda, preservação ou não de direitos civis – o único fator que apresentou forte associação com BES e felicidade foi o individualismo. Os autores sugeriram que essa associação se daria em virtude das pessoas sentirem-se mais livres para escolher seu estilo de vida e atribuírem a si próprias o sucesso de suas escolhas.

1.3.2. Personalidade como promotor do bem-estar subjetivo

Considerando que fatores externos explicam pouco o BES (Diener et al., 1999), somado às observações de que BES é moderadamente estável diante nas diversas situações ao longo da vida (Watson, 2000) e que diferenças nos níveis de BES emergem desde cedo (Diener et al., 2003), sugeriu-se que a personalidade exerceria um papel importante na presença e na manutenção do BES (DeNeve & Cooper, 1998; Diener, 2000; Keyes et al., 2002; Ferraz et al., 2007).

1.3.2.1. Conceito de Personalidade

A personalidade pode ser conceituada como um conjunto de características que conferem uma identidade única a cada indivíduo, determinando os padrões de pensar, sentir e agir. Essas características são moldadas pela interação entre disposições naturais do indivíduo e experiências ao longo da vida. Embora sejam relativamente estáveis ao longo do tempo, possuem certa flexibilidade a fim de permitir um bom ajuste do indivíduo ao ambiente (Tavares, 2006).

O estudo da personalidade engloba termos como constituição, temperamento e caráter. A definição desses termos auxilia-nos na compreensão da evolução do conceito de personalidade e de sua relação com o bem-estar.

1.3.2.1.1. Constituição e personalidade

Historicamente a constituição diz respeito ao desenvolvimento e manutenção dos órgãos componentes do corpo humano. Kretschmer (em Ito & Guzzo, 2002) observou que havia relação entre traços físicos e psíquicos e propôs a teoria da tipologia constitucional da personalidade. Dessa forma, determinados tipos corporais tendiam a desenvolver tipos específicos de personalidade. Assim, por exemplo, um físico longo e delgado estaria relacionado a características de introversão, enquanto um sujeito brevilíneo apresentaria características de extroversão e jovialidade e um sujeito atlético seria mais explosivo e reformador (Pasquali, 1999). Essa teoria foi levada adiante por Sheldon e colaboradores (1954, citado em Pasquali, 1999) que relacionaram tipos físicos diretamente a temperamentos específicos: sujeitos endomorfos seriam sentimentais e hedônicos; sujeitos mesomorfos seriam

energéticos e agressivos; sujeitos ectomorfos seriam delicados, sensíveis, retraídos e religiosos.

1.3.2.1.2. Temperamento e personalidade

A palavra temperamento, oriunda do latim, significa equilíbrio. Seu uso relacionado a características de personalidade vem da medicina hipocrática, numa tentativa de encontrar explicações biológicas ao funcionamento humano. Hipócrates (460 – 377 a.C.) relacionou a teoria cósmica dos quatro elementos naturais à saúde e formulou a teoria dos humores ou temperamento. Segundo essa teoria os organismos seriam regidos por quatro humores (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra) e a preponderância de cada humor estaria relacionado a um diferente temperamento de personalidade: temperamento sanguíneo: sujeito de reações rápidas, otimista, sociável; temperamento melancólico (bílis negra): nervoso, triste, reações lentas; temperamento colérico (bílis amarela): reações rápidas e intensas, humor irritável e comportamento colérico; temperamento fleumático: apático, impassível, lentificado (Phillips et al., 2006). Hipócrates, portanto, relacionou a química corporal à personalidade. Na idade média, essa abordagem foi substituída por uma visão religiosa e moral, onde a personalidade e o comportamento eram definidos pela relação do homem com Deus (Tavares, 2006). O retorno de disfunções do organismo como causa das doenças ocorreu no século XVIII. Aventava-se que características constitucionais pré-mórbidas seriam responsáveis pelas doenças mentais, voltando o interesse ao estudo da personalidade (Tavares, 2006).

Atualmente, o temperamento é descrito como compreendendo características inatas, parcialmente herdadas e automáticas que representam respostas às situações e

refletem diferenças individuais no aprendizado de hábitos (Cloninger et al., 1993, Cloninger & Svrakic et al., 1997).

1.3.2.1.3. Caráter e personalidade

O termo “caráter” começou a ser utilizado no estudo da personalidade como algo imutável, sendo por algum tempo utilizado como sinonímia de personalidade (Allport, 1961; Berrios, 1993). Em 1923, Kurt Schneider excluiu as funções cognitivas do conceito de personalidade, definindo-a como um conjunto de valores e tendências (Schneider, 1948).

Posteriormente, as funções cognitivas foram reincorporadas ao caráter. O caráter tem sido conceituado como uma parte da personalidade responsável pela adequação do comportamento às regras sociais e éticas e que seria desenvolvido de acordo com as experiências e na relação com o meio ambiente (Cloninger et al., 1993).

Na primeira metade do século XX, houve predomínio da Psicanálise no estudo dos processos mentais. Nesse período, a personalidade era considerada como a máscara que se apresenta ao mundo servindo de anteparo ao verdadeiro “eu”, resultado de processos inconscientes. Em contraposição, havia o modelo psicológico behaviorista que negava a existência da personalidade e explicava o comportamento como resultante do aprendizado e do condicionamento (Tavares, 2006).

Em suma, o conceito de personalidade passou por uma série de evoluções e finalmente estabeleceu-se que há um substrato orgânico responsável por seus processos. Os constituintes desse substrato estão dinamicamente em interação com o meio, resultando nas características observáveis do comportamento.

1.3.2.2. Modelos de avaliação da personalidade

Catell, na década de 40, partiu de uma base empírica e compilou descritores de personalidade existentes na linguagem cotidiana. Agrupou-os em 16 dimensões que fossem representativas das variações de comportamento (Berrios, 1993).

Já Eysenck (1992) partiu do pressuposto teórico de Gray (1991) postulou que os dois sistemas comportamentais cerebrais (ativação e inibição comportamental) estariam envolvidos na composição da personalidade e desenvolveu um modelo de personalidade com três fatores: Introversão/extroversão, neuroticismo/estabilidade emocional, psicoticismo. Esses fatores representariam a susceptibilidade individual a estímulos provocativos e inibidores. (Eysenck, 1992).

Ambos modelos foram sujeitos a pesquisas subsequentes e críticas em relação ao número de dimensões, o de Catell muito extenso e o de Eysenck muito restritivo, conduzindo a formulação de um novo modelo, “modelo 5-fatorial de personalidade”, que representaria cinco traços centrais na formação da personalidade humana que conduziu a

Após a formulação desse modelo, foram realizadas outras análises fatoriais que resultaram em cinco das 16 dimensões. Este modelo foi denominado “Modelo 5-fatorial” e inclui as seguintes dimensões: Neuroticismo, Extroversão, Conscienciosidade, Cordialidade e Abertura (Costa & McCrae, 1997).

Ambos modelos apresentam semelhanças conceituais. A afetividade positiva está representada pela dimensão extroversão, enquanto a afetividade negativa é similar à dimensão neuroticismo no modelo 5-fatorial (Tavares, 2006).

Paralelamente, Cloninger e colaboradores (1993), baseados em estudos de comportamento animal, farmacológicos e genéticos, revisaram a estrutura do modelo

trifatorial, limitando-se apenas às características de personalidade que se expressavam precocemente e permaneciam relativamente inalteradas ao longo dos anos, formulando a teoria temperamental da personalidade. Mais tarde, pela do estudo da teoria “self”, formularam a teoria de caráter da personalidade.

Atualmente, os modelos vigentes mais utilizados são o modelo 5-fatorial (NEO, Costa & McCrae, 1985) e o modelo psicobiológico de Cloninger (Cloninger et al., 1993).

Personalidade e BES compartilham certos construtos tais como extroversão e afetos positivos e neuroticismo e afetos negativos (Costa & McCrae, 1980; Diener, 1984), sugerindo que um aspecto influenciasse o outro.

1.3.3. Teorias dos traços de personalidade e bem-estar

1.3.3.1. Teoria do equilíbrio dinâmico ou “setpoint”

Headey & Wearing (1989) observaram que havia uma tendência disposicional de vivenciar a vida positiva ou negativamente e propuseram a teoria do equilíbrio dinâmico ou do “setpoint”. Nesse enfoque, haveria um ponto de felicidade para cada indivíduo e acontecimentos recentes de vida poderiam alterar esse equilíbrio para mais ou para menos, porém, após algum período de adaptação, os níveis de BES voltariam aos níveis basais, o que chamaram de “adaptação hedônica”. O ponto de equilíbrio refletiria a susceptibilidade biologicamente determinada a experimentar afetos positivos e negativos (Watson & Clark, 1997). Assim, o BES estaria positivamente relacionado ao traço estável de personalidade extroversão e negativamente associado ao traço neuroticismo (Lucas & Fujita, 2000). A perspectiva disposicional diminui a relevância das influências externas sobre o BES.

Reforçando essas hipóteses, Steel et al. (2008) realizaram uma meta-análise com estudos relacionados ao BES e observaram que eventos recentes de vida não se relacionam com alteração em BES. Entretanto, Easterlin (2003) critica essa visão reducionista e em revisão sobre fatores impactantes de vida e BES encontrou que, após acontecimentos externos que resultaram em sequelas extremas há, de fato, uma adaptação, entretanto essa adaptação ocorre para níveis mais baixos de BES do que previamente aos dos eventos.

1.3.3.2. Teoria Temperamental e Instrumental da personalidade:

De acordo com a teoria temperamental e instrumental da personalidade (McCrae & Costa, 1991), traços estáveis de personalidade podem influenciar níveis de BES de forma direta e indireta.

A forma direta, também chamada de temperamental ou de modelo “top-down”, propõe que traços estáveis da personalidade conferem uma tendência global a interpretar os eventos cotidianos como positivos e esse viés de interpretação estaria associado a aumento de afetos positivos e, conseqüentemente, de BES.

A perspectiva indireta, instrumental ou chamada de modelo “bottom-up” propõe que traços estáveis de personalidade determinam comportamentos que buscam criar e manter afetos positivos e conseqüentemente o BES (McCrae & Costa, 1991).

Situações sociais significativas para os indivíduos como relações familiares, amorosas e com amigos estão associadas a maiores índices de felicidade (Pavot et al., 1991; Diener & Seligman, 2002) e como indivíduos extrovertidos gastam mais tempo em situações sociais eles tenderiam a ser mais felizes (Watson & Clark 1992). Segundo Ferraz et al. (2007), não se sabe se esses sujeitos são mais felizes porque

têm mais relações sociais ou se têm mais relações sociais porque são mais felizes. Traços de extroversão parecem ter impacto positivo sobre os pares com quem esses indivíduos se relacionam e, conseqüentemente, as relações sociais e amorosas tendem a ser mais próximas e satisfatórias, aumentando o BES (Donnellan et al., 2005).

A personalidade também está relacionada a uma série de comportamentos que podem resultar em conseqüências positivas ou negativas sobre o BE que incluem escolha ocupacional e envolvimento em atividades da comunidade (Ozer & Benet-Martinez, 2006).

1.3.3.3. Similaridade entre os construtos

Uma razão pela qual esperar-se-ia uma relação entre BES e personalidade deve-se ao fato de que determinados traços de personalidade, particularmente extroversão e neuroticismo apresentam construtos similares aos de afetos positivos e negativos (Steel et al., 2008).

Watson & Clark (1992) relataram semelhança entre afetos positivos e extroversão, e entre afetos negativos e neuroticismo. Estudos empíricos subsequentes reforçaram essas observações (Lucas & Fujita, 2000; Suh et al., 1996), levando Burger & Caldwell (2000) a sugerir que as medidas de afetos positivos e de extroversão referiam-se ao mesmo construto. Essa hipótese foi corroborada por Eid et al. (2003) que estudaram a relação entre afetos positivos e personalidade (mais especificamente o traço sociabilidade) em um grupo de 158 gêmeos monozigóticos e 120 dizigóticos. Os autores concluíram que afetos positivos, energia e sociabilidade são componentes

do traço extroversão de personalidade e que pelo menos metade da variação nos níveis de BES pode ser explicada por fatores herdados geneticamente.

Indivíduos neuróticos tendem a ser ansiosos, preocupados, facilmente fatigáveis e pessimistas, enquanto indivíduos extrovertidos tendem a ser sociáveis, otimistas, ativos, energéticos e assertivos (Costa & McCrae, 1980). Como observado por Yik & Russel (2001) esses descritores de estados afetivos encontram-se presentes tanto nas escalas de avaliação da personalidade, quanto nas de BES. Essa sobreposição conceitual levou Watson (2000) a sugerir que neuroticismo fosse renomeado de afetividade negativa e extroversão de afetividade positiva.

Steel et al. (2008) concluem que dada a sobreposição entre os conceitos, a estabilidade ao longo do tempo de BES deva-se principalmente a traços de personalidade.

1.3.3.4. Teoria comportamental de personalidade e bem-estar subjetivo

1.3.3.4.1. Teoria de ativação e inibição comportamental

Além da teoria de Cloninger et al. (1993), a teoria do reforço comportamental também propõe que a personalidade tem componentes biológicos (Gray, 1991). (Gray (1991) postulou a existência de dois sistemas motivacionais: um de ativação comportamental (“Behavioral Activation System”, BAS), que ativaria comportamentos de aproximação frente a uma potencial recompensa e um sistema de inibição comportamental (“Behavioral Inhibition System”, BIS), que inibiria comportamentos em situações previamente não recompensadas ou frente à punição.

Elliot & Thrash (2002) sugeriram que haveria uma associação entre os sistemas comportamentais de ativação e inibição, personalidade e BES. O sistema de ativação

comportamental estaria associado à extroversão como traço de personalidade, que impulsionaria o indivíduo a buscar comportamentos onde houvesse sinalização de recompensa, promovendo dessa forma a ocorrência de afetos positivos (Tavares, 2006).

O sistema de inibição comportamental estaria associado ao neuroticismo como traço de personalidade e regularia a inibição comportamental frente a situações de punição e alimentaria afetos negativos. Conseqüentemente, indivíduos com escores mais altos em extroversão buscariam mais comportamentos com recompensa, teriam mais afetos positivos e escores mais altos em escalas de BES. Os sujeitos com maiores escores em neuroticismo estariam mais prontos a reconhecer situações com possíveis punições e teriam predomínio de afetos negativos.

1.3.3.5. Estudos sobre a relação entre bem-estar subjetivo e personalidade

Um dos primeiros estudos sobre a relação entre personalidade e BES data de 1967, no qual Wilson (conforme relatado em DeNeve & Cooper, 1998), baseado nos resultados de 15 outros trabalhos disponíveis na ocasião, observou que extroversão e estabilidade emocional foram positivamente relacionados a BES, enquanto que a “tendência neurótica” estaria negativamente relacionada ao BES. Após esse, muitos estudos foram conduzidos na tentativa de elucidar essa relação. A literatura traz evidências da relação entre traços da personalidade, mais especificamente extroversão e neuroticismo, e bem-estar (Burger & Caldwell, 2000; Lucas & Fujita, 2000; Suh et al., 1996). Estudos com 158 gêmeos monozigóticos e 120 dizigóticos mostraram que aproximadamente metade dos níveis de BES poderiam ser explicados por fatores herdados geneticamente (Eid et al., 2003). Todos esses achados levaram

Steel et al. (2008) a concluir que a estabilidade do BES ao longo do tempo se devesse principalmente aos traços de personalidade.

A primeira meta-análise a respeito, de DeNeve & Cooper (1998), compilou estudos que relacionavam 137 características de personalidade a BES e observaram associação entre estabilidade emocional, confiança e afetos positivos. Como os afetos positivos avaliados dentro do construto BES sobrepõem-se ao fator extroversão de personalidade, os autores esperavam uma elevada correlação entre extroversão e BES. Entretanto, a correlação encontrada foi pequena levando-os a sugerir que talvez a relação entre personalidade e BES fosse superestimada e que outros fatores deveriam influenciar BES de forma relevante. Reforçando essa hipótese, Kette (1991) observou que prisioneiros com traços mais elevados de extroversão eram menos felizes que aqueles com traços de introversão, sugerindo que um fator externo, no caso, estar preso, exerceria um papel maior sobre o BES do que o próprio traço de personalidade extroversão.

Em contrapartida, Diener & Seligman (2002) avaliaram 222 estudantes universitários utilizando diversas medidas de BES e de personalidade e dividiram os sujeitos em dois grupos, os muito felizes e os muito infelizes. Os resultados mostraram que os mais felizes tinham escores mais baixos em neuroticismo e maiores em extroversão e cordialidade. Além disso, tinham maior satisfação nas relações interpessoais e despendiam menos tempo sozinhos. Os autores concluíram que o excesso de relações sociais não garante felicidade, mas que felicidade parece não ocorrer sem relação social. Corroborando esses achados, Diener et al. (2003), em revisão sobre personalidade, cultura e BES, encontraram correlação positiva entre BES, extroversão e autoestima e correlação negativa entre BES e neuroticismo. Outros

estudos também observaram alta correlação entre extroversão e BES (Headey & Wearing, 1992; Watson & Clark, 1992; Lucas & Fujita, 2000). Na meta-análise mais recente sobre personalidade e BES (Steel et al., 2008), foram avaliados 249 estudos com o cuidado de controlar as escalas por equivalência de construtos. Os autores concluíram que extroversão e neuroticismo têm papel importante em determinar níveis de BES.

1.4. Personalidade e bem-estar subjetivo: o papel do caráter

Traços de personalidade como extroversão, cordialidade e neuroticismo não parecem ser os únicos determinantes dos níveis de felicidade e satisfação com a vida. Uma série de cognições e crenças também podem afetar o bem-estar subjetivo. Emmons (1986) relatou que determinadas características como ter objetivos claros e coerentes com suas crenças, assim como crer em suas próprias capacidades, poderiam exercer efeito positivo sobre BES. Da mesma forma, Elliot & Sheldon (1997) observaram que objetivos coerentes se associam positivamente a bem-estar subjetivo. Indivíduos que são confiantes em suas habilidades para obter o que desejam, ou seja, com escores altos em autoeficácia, experimentam maiores índices de BE do que aqueles que não confiam em si mesmos (Ryan & Deci, 2001).

Steel et al. (2008) sugerem a necessidade de serem exploradas essas outras dimensões da personalidade que possam estar envolvidos na manutenção do bem-estar além das de temperamento tais como autoestima, autodeterminação, resiliência e otimismo. Essas outras dimensões podem ser desenvolvidas e aprimoradas a partir do aprendizado e fazem parte do caráter. Nesse sentido, o modelo psicobiológico de

Cloninger et al. (1993) torna-se particularmente interessante porque avalia tanto dimensões de temperamento quanto de caráter.

No modelo, a personalidade é concebida como uma interação dinâmica entre dimensões de temperamento, componente constitucional herdado, e dimensões de caráter, que são características adquiridas por meio do aprendizado, da experiência e das vivências (Cloninger et al., 1993). O modelo foi desenvolvido com base em estudos genéticos, estudos longitudinais de desenvolvimento, neurofarmacológicos e comportamentais de aprendizado humano e animal, assim como em estudos psicométricos de personalidade. O temperamento, descrito como “âmago emocional”, compreende características básicas, automáticas e inatas, que se expressam desde muito cedo, mantendo-se relativamente inalteradas ao longo da vida. São dimensões geneticamente herdadas, relativamente independentes entre si e estão relacionadas ao aprendizado associativo e à formação inconsciente de hábitos (Cloninger et al., 1993, Cloninger & Svrakic et al., 1997). O temperamento reflete diferenças individuais no aprendizado de hábitos por meio de recompensa e punição e é representado por quatro dimensões: busca de novidades, esquiva ao dano, dependência de gratificação e persistência (Cloninger et al., 1993). Cloninger et al. (1993) e Cloninger & Svrakic et al. (1997) propõe que as dimensões de temperamento estariam associadas a sistemas cerebrais específicos e estão descritos a seguir:

Busca de novidades (BN): BN estaria relacionado aos sistemas de ativação comportamental, caracterizado por comportamento exploratório diante de novos estímulos, esquiva ativa de monotonia e punição. O principal neurotransmissor envolvido seria a dopamina. BN é representada por impulsividade na tomada de

decisões, certa extravagância, rápida perda de controle e dificuldade em tolerar frustrações.

Esquiva ao dano (ED): Relaciona-se ao sistema de inibição comportamental, caracterizado pela inibição frente a situações novas, ao risco de punição ou frustração. Os sistemas envolvidos seriam principalmente a serotonina e o ácido gama-aminobutírico. É representada por preocupação antecipatória de possíveis problemas futuros, medo, incerteza, insegurança, timidez com desconhecidos e fácil fatigabilidade.

Dependência de gratificação (DG): Relaciona-se ao sistema de manutenção de comportamento. Assim, existiria uma tendência em responder a sinais de recompensa e a manter comportamentos que foram previamente recompensados. O principal neurotransmissor envolvido seria a noradrenalina. É manifestada por sentimentalidade, necessidade de contato social e dependência da aprovação alheia.

Persistência (P): Originalmente considerado subfator de dependência de gratificação, mostrou-se posteriormente independente nos estudos de análise fatorial. Representa a tendência em manter comportamentos a despeito de recompensa ou frustração. Os principais neurotransmissores envolvidos seriam a serotonina e o glutamato. Persistência é expressa por vigor, entusiasmo e perseverança.

As dimensões de temperamento representam respostas automáticas às emoções básicas: busca de novidade à raiva e impulsividade; esquiva ao dano ao medo e à ansiedade; dependência de gratificação e persistência ao amor e apego (Cloninger & Svrakic, 1997).

Existe certa correspondência entre as dimensões de temperamento do modelo de personalidade de Cloninger e os fatores extroversão e neuroticismo do modelo de

personalidade 5-fatorial. Dependência de gratificação e persistência englobam sentimentos amistosos, energia, entusiasmo, otimismo e determinação, semelhante aos sentimentos afiliativos apresentados em extroversão (De Fruyt et al., 2006; Tavares, 2006). A dimensão busca de novidades diz respeito à tendência em ativar comportamentos ante novidades e recompensa, engloba características do fator extroversão e do fator conscienciosidade, enquanto esquia ao dano engloba sentimentos de pessimismo, timidez e falta de energia de forma parecida aos apresentados no fator neuroticismo (De Fruyt et al., 2006; Tavares, 2006).

O caráter, por sua vez, está relacionado ao sistema de memória conceitual de processamento simbólico e formação de conceitos Cloninger & Svrakic (1997). É conhecido como “âmago conceitual” e reflete objetivos e valores (Constantino et al., 2002).

De acordo com o modelo de Cloninger et al. (1993), o caráter é desenvolvido a partir das relações do EU: eu - comigo, eu - com o outro e eu – com o meio, cujo objetivo é adaptar o indivíduo ao meio. As dimensões de caráter como concebidas por Cloninger et al. (1993) são:

Autodirecionamento (AD): Diz respeito a relação do sujeito consigo próprio e refere-se a força de vontade, autodeterminação, habilidade de controle das situações, adaptação de comportamentos de acordo com as metas estabelecidas e valores pessoais, adiamento de gratificação imediata, aceitação de suas fraquezas e reconhecimento de suas qualidades.

Cooperatividade (CO): Representa a relação do indivíduo com o outro e envolve empatia, tolerância, aceitação social, prontidão para ajudar e amabilidade.

Autotranscendência (AT): Refere-se à relação do indivíduo com o meio, isto é,

sentir-se parte integrante da natureza, do universo. Envolve sentimentos de contemplação, meditação, aceitação espiritual e misticismo.

Nesse modelo, o desenvolvimento da personalidade ocorre como um processo onde os fatores de temperamento motivam o aprendizado e a formação de autoconceitos. Os autoconceitos, por sua vez, alteram o significado e a intensidade do estímulo percebido. A personalidade é resultado da interação entre temperamento e caráter, que salientam e dão significado a toda experiência (Cloninger et al., 1993; Cloninger e Svrakic, 1999).

O interessante nesse modelo é que, além das dimensões de temperamento que guardam certa relação com a afetividade e possivelmente com o bem-estar subjetivo, a combinação de facetas das dimensões de caráter estão envolvidas sobretudo no bem-estar psicológico (Cloninger, 2004). Assim, autodirecionamento relaciona-se com autonomia, domínio do ambiente, propósitos e auto-aceitação; enquanto cooperatividade associa-se com relação positiva com os outros; e autotranscendência com crescimento pessoal e autorrealização.

Recentemente, dois estudos (Cloninger & Zohar, 2011; Josefsson et al., 2011) foram conduzidos para investigar a relação entre caráter e BES e em ambos autodirecionamento esteve positivamente associado a bem-estar subjetivo. Entretanto, no estudo de Cloninger & Zohar autotranscendência esteve associada a afetos positivos, enquanto no de Josefsson et al. (2011) autotranscendência associou-se a afetos positivos e negativos e cooperatividade associou-se a BE e percepção de saúde. Assim, são necessários mais estudos para avaliar se as diferenças observadas nas dimensões de caráter sobre BES nesses dois estudos são decorrentes de diferenças culturais, uma vez que o estudo de Cloninger & Zohar foi conduzido em

Israel e o de Josefsson et al. (2011) na Finlândia.

1.5. Implicações práticas do bem-estar subjetivo

Os estudos sobre bem-estar subjetivo evidenciam algumas inconsistências e lacunas no conhecimento científico nessa área. Nos aspectos sociodemográficos, rendimento econômico não se associou a BES em dois estudos (Diener et al., 2003; Inglehart et al., 2004), porém esteve positivamente associado em outros (Easterling, 2003; Deaton, 2008). Inconsistências também foram observadas em relação à idade, Diener & Emmons (1985) observaram maiores índices de satisfação com a vida em indivíduos com mais de 60 anos, enquanto Inglehart et al. (2004) e Deaton (2008) não encontraram qualquer associação entre idade e bem-estar subjetivo. Pertencer a um relacionamento estável foi a única variável sociodemográfica que repetidamente se associou a BES. Em relação à gênero, os estudos reportam não haver diferença entre os níveis de bem-estar subjetivo. Entretanto, a literatura refere diferenças entre as dimensões de personalidade entre os gêneros (Brändström et al., 2001; Fresán et al., 2010), contudo não há estudos verificando se as diferenças na personalidade entre os gêneros interfere em bem-estar subjetivo.

Diferentes intervenções que incrementam afetos positivos, satisfação com a vida, autoaceitação e propósito na vida, tais como escrita de cartas de gratidão, prática de pensamento positivo e incentivo à socialização foram associadas a aumento de BES e recuperação mais rápida e menor incidência de recaídas em transtorno depressivo (Fava et al., 2008), assim como melhora do cuidado com a saúde geral em população com severa doença mental como esquizofrenia e transtorno bipolar (Eldridge et al., 2011). Portanto, a elucidação dos aspectos envolvidos na promoção e manutenção de

bem-estar subjetivo poderá auxiliar no aprimoramento e especificidade de estratégias promotoras de bem-estar.

2. OBJETIVOS

2. Objetivos

2.1. Objetivo Primário:

Avaliar quais dimensões de temperamento e caráter estão associadas com aspectos afetivos (afetos positivos e negativos) e não afetivos (satisfação com a vida) do bem-estar subjetivo, determinando quais características de personalidade se associam a maiores índices de bem-estar subjetivo.

2.2. Objetivos Secundários:

1. Avaliar como fatores sociodemográficos tais como idade, escolaridade, nível socioeconômico, estado civil e saúde física e mental se associam ao bem-estar.
2. Avaliar se as diferenças de personalidade entre os gêneros atuam diferentemente sobre BES, determinando quais dimensões estão associadas a maiores índices de BES em homens e mulheres.

3. HIPÓTESES

3. Hipóteses

3.1. Personalidade e bem-estar subjetivo:

3.1.1. As dimensões de temperamento dependência de gratificação e persistência estariam positivamente associadas a afetos positivos e negativamente associadas a afetos negativos, enquanto que esquivar ao dano estaria positivamente associada a afetos negativos e negativamente associada a afetos positivos;

3.1.2. As dimensões de caráter autodirecionamento, cooperatividade e autotranscendência estariam positivamente associadas à satisfação com a vida;

3.2. Fatores sociodemográficos, saúde e bem-estar subjetivo:

3.2.1. Haveria uma associação positiva entre índice econômico, escolaridade, saúde física e satisfação com a vida;

3.2.2. Haveria uma maior frequência de indivíduos casados entre os maiores escores de satisfação com a vida

3.2.3. Idade não estaria relacionada a bem-estar subjetivo

3.2.4. Não haveria associação entre gênero e bem-estar subjetivo

3.2.5. Haveria uma associação positiva entre saúde mental e afetos positivos;

3.3. Gênero e bem-estar subjetivo:

A dimensão de temperamento busca de novidade estaria associada a maiores índices de bem-estar subjetivo em homens, enquanto em mulheres a dimensão de temperamento dependência de gratificação e a dimensão de caráter cooperatividade se associariam a índices mais elevados de bem-estar subjetivo.

4. METODOLOGIA

4. Metodologia

4.1. Aspectos Éticos

O projeto “Relação entre temperamento e caráter e bem-estar subjetivo: Estudo em uma amostra de voluntários saudáveis” foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP, protocolo de pesquisa nº 0075/09) em 26 de março de 2009.

Todos os sujeitos desta pesquisa assinaram termo de consentimento antes de participar das entrevistas e após terem sido detalhadamente esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo, o qual obedeceu às recomendações adotadas pela 18ª Assembléia Médica Mundial, Helsinque, Finlândia, 1964, bem como suas subsequentes revisões nas 29ª, 35ª, 41ª Assembléias (Tóquio, Veneza e Hong Kong, respectivamente).

4.2. Amostra

4.2.1. Proveniência

Foram selecionados 273 sujeitos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 70 anos, da população geral, sem sintomas sugestivos de patologia física ou transtorno mental ativo. Os sujeitos foram provenientes de duas subamostras: 45 sujeitos saudáveis oriundos de pesquisas anteriormente realizadas no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (IPq-HCFMUSP) e 228 provenientes de amostra de conveniência de moradores da cidade de Sorocaba. A forma de seleção, assim como os critérios de inclusão e exclusão estão descritos abaixo.

4.2.2. Critérios de inclusão

- Sujeitos saudáveis de ambos os sexos com idades entre 18 e 70 anos;
- Escolaridade mínima de 1º. grau completo;
- Escores abaixo do ponto de corte em questionário de rastreamento psiquiátrico (5/6 para homens e de 7/8 para mulheres) (“Self-Report Questionnaire”, SRQ-20; Harding et al., 1980; Mari e Williams, 1986); e escores menores ou iguais a 2 no questionário de rastreamento psiquiátrico para álcool (SRQ-A; Gonçalves et al, 2008);
- Ausência de sintomatologia sugestiva de episódio depressivo investigada, pelo Inventário de Depressão de Beck (Beck et al., 1961; Gorenstein & Andrade, 2000), considerando pontuação abaixo de 11.

- Ausência de sintomatologia sugestiva de episódio hipomaniaco ou maniaco avaliada pelo “Hypomania Check List”, com tradução, adaptação e validação para a língua portuguesa (HCL-32, Angst et al., 2005; Soares et al., 2010), considerando pontuação abaixo de 14.

4.2.3. Critérios de exclusão

- Gravidez;
- Remissão de sintomatologia psiquiátrica em tempo inferior aos seis meses anteriores à entrevista.

4.3. Desenho experimental

Trata-se de um estudo transversal de associação realizado em amostra de conveniência.

4.4. Procedimento

Foram selecionados sujeitos provenientes de diversas fontes de recrutamento tais como indivíduos saudáveis que participaram de estudos anteriores no IPq-HCFMUSP e divulgação em locais da cidade de Sorocaba onde a pesquisadora executante tinha acesso por meio de conhecimentos pessoais. Foi divulgado que se tratava de uma pesquisa para avaliação de bem-estar, em indivíduos saudáveis do ponto de vista psiquiátrico ou que estivessem em tratamento estável por no mínimo seis meses. A avaliação da estabilidade foi checada pela ausência de sintomatologia psiquiátrica e estabilidade de dosagem medicamentosa há pelo menos

seis meses. Como houveram dois locais de recrutamento os procedimentos iniciais diferiram e serão explicados a seguir.

4.4.1 São Paulo

Os candidatos que respondiam à requisição de voluntários sadios ligavam para o Laboratório de Psicofarmacologia, LIM-23 - IPqHCFMUSP, quando recebiam explicações sucintas sobre os objetivos da pesquisa fornecidas por assistente de pesquisa treinada pela pesquisadora executante e, ao concordarem em participar, respondiam no mesmo momento a uma entrevista para exclusão de possível psicopatologia (SRQ-20, Harding et al., 1980; Mari e Williams, 1986; SRQ-A, Gonçalves et al., 2008). Após esse procedimento, a pesquisadora executante entrevistava pessoalmente os voluntários que, após esclarecimento de dúvidas assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os candidatos que consentissem em participar do estudo respondiam aos questionários de auto-avaliação para exclusão de sintomas de depressão pelo Inventário de Depressão de Beck (Beck et al., 1961; tradução e validação para o português por Gorenstein & Andrade, 2000) e hipomania ou mania (HCL-32, Angst et al., 2005; Soares et al., 2010). Foram aprovados os sujeitos com pontos inferiores aos sugestivos de depressão (11) e hipomania (14). Logo após a checagem dos critérios de inclusão os voluntários respondiam aos instrumentos de avaliação de estados subjetivos, personalidade e de dados sociodemográficos. Os voluntários receberam ressarcimento de suas despesas de locomoção ao participarem do estudo.

O tempo de preenchimento das escalas é de aproximadamente duas horas.

4.4.2 Sorocaba

Sujeitos provenientes de diferentes fontes de recrutamento (Hospital Santa Lucinda, Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba, empresa de transporte, fábrica de linhas e grupo de corrida) que aceitaram o convite para participar do estudo sobre bem-estar compuseram essa amostra. Inicialmente, a pesquisadora executante entrou em contato com os responsáveis pelos potenciais locais de recrutamento. Uma semana após a autorização, a pesquisadora executante compareceu aos locais, visitando diversos setores, como por exemplo: portaria, limpeza, recepção, setor administrativo, setor financeiro e chefia, para explicar os objetivos da pesquisa aos potenciais voluntários. Os interessados assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e recebiam os formulários de todos instrumentos de avaliação. (Item 4.5). Uma semana após a distribuição do protocolo a pesquisadora voltava para recolhê-los e, caso houvesse pendência, retornava por até quatro semanas sucessivas. A todos os sujeitos foram assegurados anonimato e confidencialidade dos dados colhidos.

4.5. Instrumentos de avaliação

4.5.1. Instrumentos para inclusão no estudo

4.5.1.1. Questionário de Rastreamento Psiquiátrico – *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20, Harding et al., 1980; Mari e Williams, 1986)

O SRQ (SRQ-20, Harding et al., 1980; Mari e Williams, 1986) é um questionário de autopreenchimento com 20 perguntas para serem respondidas com “sim” ou “não”,

referentes ao estado subjetivo no último mês. Cada resposta afirmativa pontua com valor “1” e o escore final é obtido com a soma dos resultados, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (máxima probabilidade). Este instrumento está padronizado para a amostra brasileira, com pontos de corte de 5-6 para homens e 7-8 para mulheres. Escores acima destes pontos de corte são sugestivos da presença de transtornos psiquiátricos e demandam investigação adicional. A tradução brasileira apresenta sensibilidade de 86%, especificidade de 89% e consistência interna de 0,86 (SRQ-20, Harding et al., 1980; Mari e Williams, 1986) (Anexo 1).

4.5.1.2. Questionário de Rastreamento Psiquiátrico A – (SRQ-A, Gonçalves et al., 2008)

O SRQ-A (Gonçalves et al., 2008) é um instrumento de autopreenchimento composto por cinco questões de rastreamento para transtornos decorrentes do uso de álcool, originalmente pertencentes ao SRQ-30 (Ladrido et al., 1983), para serem respondidas com “sim” ou “não”. Cada resposta positiva pontua com “1” e o resultado final é a soma dos escores individuais.

Foi validado para uma amostra da população brasileira obtendo-se o escore médio de 0,44 (DP=1,21), sendo que 85% da amostra estudada não pontuou. O ponto de corte considerado ótimo foi menor ou igual a dois, com sensibilidade de 68% e especificidade de 94%. Apresentou consistência interna de 0,90 (Gonçalves et al., 2008) (Anexo 2).

4.5.1.3. Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck et al., 1961; Gorenstein & Andrade, 2000)

O BDI (Beck et al., 1961; Gorenstein & Andrade, 2000) é um questionário de auto-avaliação para depressão, composta por 21 itens que acessam aspectos cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão nos últimos sete dias.

As respostas variam de 0 (mínimo) a 3 (máximo), e a pontuação do questionário varia de zero a 63. Em amostras de pacientes previamente diagnosticados apresenta os seguintes pontos de corte: <10 = sem depressão; 10-18 = depressão leve a moderada; 19-29 = depressão moderada; 30-63 = depressão grave. Em amostras não clínicas, Kendall et al. (1987) recomendam escores mínimos de 15 para detectar disforia e 20 para depressão. O ponto de corte utilizado como sugestivo de sintomas depressivos clinicamente relevantes é 11. Apresenta boa consistência interna (0,81; Gorenstein & Andrade, 2000) (Anexo 3).

4.5.1.4. Hypomanic Check List - 32 (HCL-32, Angst et al., 2005; Soares et al., 2010)

O HCL-32 (HCL-32, Angst et al., 2005; Soares et al., 2010) é um questionário de auto-avaliação de sintomas de hipomania e mania. Consta de 32 itens referentes à presença de sintomas de elevação do humor. Os sujeitos são solicitados a focar nos períodos de “alta” do humor e indicar a intensidade com que pensamentos específicos ou comportamentos estavam presentes durante esse estado, o que inclui desde sintomas leves como “fazendo mais piadas” até sintomas como “envolvo-me em discussões e disputas e estou sexualmente mais ativo”. O questionário também

inclui oito questões acerca da gravidade dos sintomas e o impacto deles sobre a vida familiar, social, etc. O ponto de corte do questionário original é 14 e, dessa forma, apresenta sensibilidade de 80% e especificidade de 51%. A versão brasileira apresentou 18 como ponto de corte, com sensibilidade de 75% e especificidade de 58% (Soares et al., 2010) (Anexo 4).

4.5.2. Questionário de Dados Sociodemográficos (QDSD) (Tavares et al., 2003)

O QDSD (Tavares et al., 2003) é um instrumento de autopreenchimento desenvolvido e adaptado por Tavares et al. (2003) para coleta de dados sociodemográficos. Utilizamos variáveis categoriais gênero (masculino e feminino) e estado civil (casados, legalmente ou não; solteiro com namorado e solteiro sem namorado), e as seguintes seguintes variáveis contínuas: idade, anos de educação e indicador de classe econômica. O índice de classe econômica varia de 1,5 a 15 e representa a soma do número total de cômodos, banheiros, automóveis de passeio, televisões, aparelhos de vídeo cassete e DVD, aparelhos de som, máquinas de lavar, computadores, geladeiras e aspiradores de pó existentes na moradia do indivíduo dividido pelo número total de habitantes da moradia (Anexo 5).

4.5.3. Inventário de Temperamento e Caráter (“Temperament and Character Inventory”, TCI, Cloninger et al., 1993; tradução e adaptação para uso no Brasil de Fuentes et al., 2000)

O ITC (Cloninger et al., 1993; Fuentes et al., 2000) é um questionário de autopreenchimento que avalia os principais componentes da personalidade: temperamento e caráter (Cloninger et al., 1993). Consta de 240 afirmações, que

devem ser respondidas como verdadeiro ou falso. Estas afirmações refletem padrões básicos e automáticos de respostas a situações de novidade, medo e recompensa. O questionário é então analisado por de algoritmos que permitem a obtenção de valores numéricos para cada um dos fatores analisados. O inventário é composto de 7 fatores de personalidade, sendo 4 de temperamento e 3 de caráter. Foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Fuentes et al. (2000). As médias e seus respectivos desvios padrão para cada fator estão descritos abaixo (Fuentes et al., 2000). As dimensões de temperamento são traços moderadamente hereditários e estáveis ao longo da vida, compostos pelas seguintes dimensões:

Busca de Novidades (BN) – fator de temperamento que engloba excitabilidade exploratória frente a situações novas, decisões impulsivas, extravagância, rápida perda de controle e desorganização. Escores variam de 0 a 40. Uma amostra da população brasileira apresentou média (DP) de 17,2 (5,7) e consistência interna 0,74.

Esquiva ao Dano (ED) – fator de temperamento que favorece a inibição de comportamento diante de estímulos aversivos com a finalidade de evitar possível punição. Engloba os subfatores que avaliam pessimismo, preocupação antecipatória, insegurança com estranhos, medo da incerteza, fatigabilidade e astenia. Escores variam de 0 a 35. Apresentou média (DP) para uma amostra da população brasileira de 14,9 (5,7) e consistência interna 0,81.

Dependência de Gratificação (RD) – diz respeito à manutenção de comportamentos dependentes de reforço positivo, sendo subdividido em sentimentalismo, vínculo social, apego, sentimentalismo e dependência de reconhecimento pelo grupo. Escores

variam de 0 a 24. Média (DP) para uma amostra da população brasileira foi de 15,8 (4,1) e a consistência interna 0,71.

Persistência (P) – representa a resistência a interromper determinados comportamentos mesmo se confrontado com frustração ou ausência de recompensa. Escores variam de 0 a 8. Apresentou média (DP) para uma amostra da população brasileira de 5,9 (1,5) e consistência interna de 0,4.

Os fatores de caráter são traços fracamente hereditários e moderadamente influenciados pelo aprendizado social, referindo-se às diferenças individuais no estabelecimento de metas, valores e emoções conscientes. As dimensões de caráter são:

Auto-Direcionamento (AD) – Fator de personalidade que representa a identificação de si próprio como um indivíduo autônomo. Diz respeito ao grau de responsabilidade, à capacidade de estabelecer metas e cumpri-las, à obtenção de recursos, à objetividade, ao desembaraço e à auto-aceitação. Seus escores variam de 0 a 44 e a média (DP) para uma amostra da população brasileira foi de 32,6 (7,8) e consistência interna de 0,90.

Cooperatividade (C) – representa a identificação de si próprio como parte da humanidade e da sociedade, isto é, a identificação com o outro, empatia, generosidade, compaixão e respeito aos princípios. Seu escore varia de 0 a 42 e apresentou média (DP) por uma amostra da população brasileira de 33,4 (5,0) e consistência interna de 0,80.

Auto-transcendência (AT) – representa a identificação de si próprio como parte da unidade de todas as coisas e de um todo interdependente. Pessoas com escores

elevados são habitualmente imaginativas, abnegadas e idealistas. Escores variam de 0 a 33 e a média (DP) para uma amostra da população brasileira foi de 14 (8,4) e consistência interna de 0,92 (Anexo 6).

4.5.4. Instrumentos para avaliação de bem-estar subjetivo

4.5.4.1. Instrumento para avaliação dos aspectos cognitivos ou não afetivos do bem-estar

4.5.4.1.1. Escala de Satisfação Com a Vida (Satisfaction with Life Scale, SWLS, Diener et al. 1985; SCV, Gouveia et al., 2005)

Essa escala foi utilizada em nosso estudo para avaliar os aspectos cognitivos do bem-estar subjetivo.

A escala verifica o julgamento pessoal do indivíduo sobre a satisfação com sua própria vida. Trata-se de um instrumento unidimensional de cinco itens com respostas entre 1 ("discordo fortemente") e 7 ("concordo fortemente"), totalizando escore mínimo de 5 (menor satisfação) e máximo de 35 (maior satisfação).

A escala foi analisada como variável contínua, sendo 20 considerado como o ponto neutro na população testada por Diener et al. (1985).

A escala foi traduzida e validada na população brasileira por Gouveia et al. (2005), apresentando consistência interna de 0,89. Na validação, a média (DP) para a população testada foi de 23 (6,8), semelhante à da população americana (23; 6,4) (Anexo 7).

4.5.4.2. Instrumentos para avaliação dos aspectos afetivos do bem-estar

4.5.4.2.1. Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES; Albuquerque et al., 2004)

Escala construída por Albuquerque e colaboradores (2004) a partir de escalas já existentes com o objetivo de avaliar com um único instrumento os componentes afetivos (afetos positivos e negativos) e não afetivos (satisfação com a vida) do BES. A versão final compreende duas subescalas: uma para avaliação de afetos positivos e negativos e outra para avaliação da satisfação com a vida. A subescala de afetos é composta por 21 itens referentes a afetos positivos e 26 itens referentes a afetos negativos. Cada item pode ter respostas entre 1 (“nem um pouco”) e 5 (“extremamente”). O escore total de cada subescala é obtido pela soma das respostas de cada item dividida pelo número total de itens da subescala. Os autores observaram que três representa o ponto mediano. Com a escala de bem-estar subjetivo são obtidos três resultados que são avaliados de forma independente: afetos positivos, afetos negativos e satisfação com a vida. Dessa forma, escores altos em bem-estar subjetivo são representados por escores maiores que 3 na subescala de afetos positivos, por escores menores que 3 na de afetos negativos e escores maiores que 3 na subescala de satisfação com a vida. Todas subescalas apresentam boa consistência interna (afetos positivos: 0,95; afetos negativos: 0,95; satisfação com a vida 0,9; Albuquerque et al., 2004; Anexo 8). No presente estudo, optamos por utilizar apenas as subescalas de afetos positivos e negativos. Como medida de satisfação com a vida utilizamos a escala de satisfação com a vida de Diener et al. (1995), uma vez que a mesma é internacionalmente utilizada, existindo uma versão para a língua brasileira validada por Gouveia et al. (2005).

4.5.4.2.2. Índice de bem-estar (IBE)

O índice de bem-estar consiste da subtração da medida de afetos negativos da medida de afetos positivos e normalizando o escore resultante (Cloninger & Zohar, 2011; Josefsson et al., 2011).

4.5.5. Instrumento para avaliação da percepção subjetiva da saúde física e mental

4.5.5.1. Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida SF-36 (SF-36, Ware & Sherbourne, 1992; BR SF-36, Ciconelli et al., 1999)

O SF-36, “Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey”, é um questionário genérico de avaliação de qualidade de vida que leva em conta a opinião do paciente sobre a sua saúde. Trata-se de um instrumento que pode ser aplicado por entrevista ou por auto-administração e foi desenvolvido para avaliação de grandes amostras.

Apresenta bom índice discriminativo, avaliativo e preditivo. É multidimensional e composto por 36 questões que se agrupam em oito domínios:

Capacidade Funcional (CF) – Avalia o quanto a saúde interfere em várias atividades da vida diária (AVD). O escore é obtido pela soma dos itens referentes às limitações impostas por problemas físicos.

Aspectos Físicos (AF) – Avalia possíveis problemas com trabalho ou atividades da vida diária decorrentes de problemas com a saúde, tais quais, dificuldade em andar, carregar peso, subir escada e ladeira.

Dor – Avalia a magnitude e interferência da dor corporal nas últimas quatro semanas.

Estado Geral de Saúde – Avaliação pessoal de sua saúde como um todo, avaliação do quanto adocece, de quanto o indivíduo julga-se saudável e a expectativa em relação ao futuro de sua própria saúde.

Vitalidade – Avalia a percepção pessoal do grau de fadiga e cansaço ou energia e vigor.

A média dos itens AF, CF, Dor, Estado geral da saúde e Vitalidade fornece o escore de saúde física.

Aspectos Sociais – Avalia o quanto a saúde interfere na vida social normal.

Aspectos Emocionais – Avalia a interferência no trabalho ou em outras atividades decorrentes de problemas emocionais.

Saúde Mental – Avalia o julgamento do humor e o bem estar psíquico nas últimas quatro semanas.

A média dos domínios Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental representam o escore de saúde mental.

Cada escala pode variar de 0 a 100, sendo 0 o pior estado de saúde possível e 100 o melhor estado de saúde possível. O escore foi normalizado em relação à população americana. Assim, cada escala passa a ser expressa por meio de uma mesma média (50) e um mesmo desvio-padrão (10). Com a normalização dos escores, fica claro

que toda vez que um escore for menor do que 50, o estado de saúde está abaixo da média (e vice-versa). O SF-36 foi traduzido, adaptado e validado para o Português por Ciconelli et al. (1999) (Anexo 9).

4.6. Análise dos dados

Todos os dados foram armazenados no programa SPSS versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) com dupla digitação. Para as variáveis contínuas foram calculadas as médias e desvios-padrão; para as categoriais foram calculados as frequências e os percentuais.

Após a análise descritiva, a normalidade e a homogeneidade das amostras foram testadas pelos testes Kolmogorov Smirnov e Levene, respectivamente. Quando a distribuição era normal, as variáveis contínuas foram analisados com teste *t* de Student, caso contrário foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para as variáveis categoriais utilizamos o teste qui-quadrado.

Uma vez que os sujeitos de Sorocaba foram procedentes de diferentes fontes de recrutamento, foram feitas comparações entre as subamostras no que diz respeito aos dados sociodemográficos (escolaridade, gênero, estado civil e índice econômico) de acordo com sua procedência. O mesmo procedimento foi realizado comparando a amostra de Sorocaba à amostra de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

Foi realizada uma análise preliminar exploratória com a finalidade de investigar as possíveis correlações entre as variáveis sociodemográficas, de bem-estar, de saúde e de personalidade.

A seguir, foram montados modelos de regressão linear multivariada para cada medida de bem-estar utilizada: satisfação com a vida (Escala de Satisfação com a Vida de Diener; SCV), índice de bem-estar (IBE), afetos positivos e negativos (subescala de afetos positivos e negativos da Escala de bem-estar subjetivo de Albuquerque; EBES). Os escores das dimensões de temperamento e caráter e os escores de saúde física e mental, a idade, o gênero, a escolaridade, o índice econômico e a procedência da amostra entraram no modelo como variáveis independentes.

Para a utilização do modelo de regressão linear multivariada foi utilizado o teste de Durbin-Watson para análise de normalidade de resíduo, como sugerido por Neter et al. (1996) e foram aceitos resultados entre 1,57 a 2,10. Entretanto, as condições de normalidade de resíduo não foram satisfeitas para as variáveis afetos positivos e negativos. Essas variáveis, portanto, foram analisadas com o modelo linear generalizado com entrada passo-a-passo das variáveis independentes.

Com a finalidade de explorar potenciais diferenças entre homens e mulheres quanto ao efeito da personalidade sobre BE, a amostra foi dividida de acordo com o gênero e, assim, as variáveis de personalidade foram comparadas pelo teste de Mann-Whitney. Adicionalmente, foram construídos dois modelos de regressão linear multivariada passo-a-passo, um para cada gênero objetivando avaliar quais variáveis estavam relacionadas com BE em cada gênero.

O nível de significância adotado foi de 5%.

5. RESULTADOS

5. Resultados

Foram distribuídos 400 protocolos e destes 303 foram devolvidos. A amostra final foi composta por 273 sujeitos. Vinte e um sujeitos foram excluídos por sugestão de sintomatologia depressiva, com escores acima do ponto de corte do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e nove sujeitos por não terem preenchido completamente o protocolo. Nenhum sujeito foi excluído por hipomania ou mania.

5.1. Comparação dos dados sociodemográficos entre as amostras de acordo com local de proveniência

As subamostras provenientes de Sorocaba foram assim compostas:

1. Grupo de corrida (29 sujeitos): 13 profissionais liberais; 8 sujeitos em cargos administrativos, proprietários de pequenas empresas ou representantes comerciais; 4 donas de casa e 4 secretárias;
2. Hospital Santa Lucinda (73 sujeitos): 6 médicos; 12 técnicos de enfermagem; 23 profissionais administrativos dos departamentos pessoal e financeiro; 8 sujeitos provenientes do departamento jurídico, 16 sujeitos provenientes do setor laboratorial; 8 profissionais da limpeza e portaria;
3. Fábrica de linhas (29 sujeitos): 15 profissionais dos departamentos pessoal e financeiro; 5 da recepção; 6 da limpeza/portaria; 3 da caldearia;
4. Professores (10 sujeitos): 6 professores de ensino médio e 4 de educação física;
5. Pontifícia Universidade Católica (33 sujeitos): 5 funcionários do departamento jurídico; 13 do departamento financeiro e 10 do departamento pessoal; 5 sujeitos da portaria/limpeza;

6. Empresa de transportes (25 sujeitos): 10 sujeitos da recepção; 14 dos departamentos pessoal/ financeiro; 8 sem identificação de setor;

7. Demais: 3 sujeitos aposentados; 6 moradores de um condomínio; 10 porteiros do mesmo condomínio; 6 estudantes de curso superior; 4 residentes de psiquiatria.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as subamostras provenientes de Sorocaba quanto aos dados sociodemográficos. Dessa forma, pudemos compor um único grupo final para análise.

A amostra de Sorocaba foi comparada à amostra oriunda do IPq-HCFMUSP, tendo apresentado nível educacional significativamente mais alto, com 64,5% da amostra com curso superior completo, enquanto na amostra do IPq-HCFMUSP apenas 5,9% completaram o 3º. grau ($p < 0,001$). As amostras diferenciaram-se também no índice econômico: a amostra de Sorocaba apresentou média 7,5, enquanto a média da amostra do IPq-HCFMUSP foi 5,1 ($p < 0,001$). Não houve qualquer outra diferença significativa entre as amostras. As análises subsequentes foram controladas para nível educacional e índice econômico.

O perfil sociodemográfico da amostra final encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos sujeitos segundo o local de recrutamento

		IPq-FMUSP n=45 (16%)	Sorocaba n=228 (84%)	Total n=273 (100%)	Estatística	p
Gênero	Homens	10 (3,7%)	90 (32,8%)	100 (36,5%)	$\chi^2= 51,94$	n.s.
	Mulheres	35 (13%)	138 (50,5%)	173 (63,5%)		
Escolaridade	Fundamental	6 (2,2%)	14 (5,1%)	20 (7,3%)	$\chi^2= 34,24$	<0,001
	Ensino médio	23 (8,5%)	54 (19,7%)	77 (28,2%)		
	Ensino superior	16 (5,9%)	160 (58,6%)	176 (64,5%)		
Idade	Média (DP)	34,3 (9,3)	36,1 (10,8)	35,8 (10,5)	$z= 1,01$	n.s.
Estado civil (casados)	Casados	12 (16%)	159 (58%)	171 (74%)	$\chi^2= 2,41$	n.s.
Índice econômico (1,5 – 15)	Média (DP)	5,1 (3,1)	7,5 (3,7)	7,1 (3,7)	$z= 3,99$	<0,001

5.2. Resultados da comparação dos estados subjetivos entre as amostras de acordo com local de proveniência das amostras

No que diz respeito às escalas de avaliação de personalidade e bem-estar subjetivo, não houve diferença significativa entre as duas amostras.

Na tabela 3 encontram-se os escores das escalas de avaliação dos estados subjetivos dos sujeitos segundo local de recrutamento.

Tabela 2. Resultados das escalas de avaliação dos estados subjetivos segundo local de proveniência da amostra

		IPq-HCFMUSP média (DP)	Sorocaba média(DP)	Valores de amostras da população brasileira média(DP)
Escala de Satisfação com a vida de Diener *(Gouveia et al.,2005)	SCV	24 (5,6)	26,4 (4,4)	23 (6,8)
Escala de Bem-Estar Subjetivo *(Albuquerque et al., 2003)	Afetos positivos	3,6 (0,4)	3,6 (0,5)	>3,0
	Afetos negativos	1,5 (0,4)	1,8 (0,5)	<3,0
Escala Avaliação da qualidade de vida: SF-36 *(Ciconelli et al.1999)	Saúde física	85 (10,4)	82,5 (10,4)	50 (10)
	Saúde mental	87 (12,3)	85 (12,2)	50 (10)
Inventário de Temperamento e Caráter *(Fuentes et al., 2000)	Busca de Novidades	17,5 (7,1)	18,8 (5,1)	17,2 (5,7)
	Esquiva ao Dano	12,5 (5,7)	15 (5,8)	14,9 (5,7)
	Dependência Gratificação	15,3 (3,4)	14,8 (3,7)	15,8 (4,1)
	Persistência	5 (1,6)	5 (1,8)	5,9 (0,4)
	Autodirecionamento	33,6 (1,5)	31,3 (6,9)	32,6 (7,8)
	Cooperatividade	25,6 (12)	28,3 (10)	33,4 (5,0)
	Autotrancendência	12,8 (8,4)	15,7 (7,6)	14,2 (8,4)

*Validação das escalas para uma amostra da população brasileira

5.3. Resultados da análise do correlação de Spearman rho entra as variáveis

Os resultados da análise de correlação encontram-se na tabela 3.

Tabela 3. Resultados significativos da análise de correlação de Spearman rho para as variáveis sociodemográficas, personalidade e bem-estar subjetivo

	Afetos positivos	Afetos negativos	Índice de bem-estar	Satisfação com a vida
Índice econômico	-	-	-	r=0,168 p=0,02
Estado civil (casado)	r=0,450 p=0,03	-	-	r=0,383 p=0,001
Procedência (Sorocaba)	-	-	-	r=0,101 p=0,006
Afetos positivos	-	r=-0,323 p<0,001	r=0,759 p<0,001	r=0,461 p<0,001
Afetos negativos	r=-0,323 p<0,001	-	r=-0,649 p<0,001	r=-0,257 p=0,001
Índice de bem-estar	-	r=-0,649 p<0,001	-	r=0,373 p<0,001
Satisfação com a vida	r=0,461 p<0,001	r=-0,257 p=0,001	r=0,573 p<0,001	r=0,573 p<0,001
Saúde física	r=0,152 p=0,047	-	-	-
Saúde mental	r=0,420 p<0,001	r=-0,573 p<0,001	r=0,572 p<0,001	r=0,327 p<0,001
Busca de novidades	-	r=-0,168 p=0,028	-	-
Esquiva ao dano	r=-0,278 p=0,016	r=0,320 p<0,001	r=-0,317 p<0,001	-
Dependência de gratificação	-	-	-	-
Persistência	r=0,183 p=0,016	-	-	-
Autodirecionamento	r=0,380 p<0,001	r=-0,356 p<0,001	r=0,392 p<0,001	r=0,238 p=0,002
Cooperatividade	-	-	-	-
Autotranscendência	-	r=0,208 p=0,006	r=-0,203 p=0,007	r=-0,167 p=0,028

Todas as variáveis explicativas entraram nos modelos de regressão linear multivariada.

5.4. Resultados da análise de regressão linear multivariada passo-a-passo para satisfação com a vida (SCV)

O modelo de regressão para SCV foi significativo [$R^2=0,31$; $F[7, 258]= 16,33$; $p<0,001$] e as condições de normalidade de resíduo satisfeitas (Durbin-Watson teste ($Z_{residual}$)=2.0). A linearidade do resíduo é mostrada na Figura 1. A satisfação com a vida esteve positivamente associada a afetos positivos, saúde mental, procedência de Sorocaba, ser casado, índice econômico e dimensão de caráter autodirecionamento.

Em nossa amostra, ter índice econômico mais alto e possuir relacionamento estável estiveram associados a maiores índices de satisfação com a vida. Apresentar boa saúde mental e elevado autodirecionamento também estiveram associados a maiores índices de satisfação com a vida. Os sujeitos provenientes de Sorocaba apresentaram escores mais altos de satisfação com a vida do que os provenientes do IPq-HCFMUSP.

O modelo final da análise de regressão está na tabela 4.

Figura 1: Análise da normalidade do resíduo para satisfação com a vida, mostrando relação linear entre as variáveis

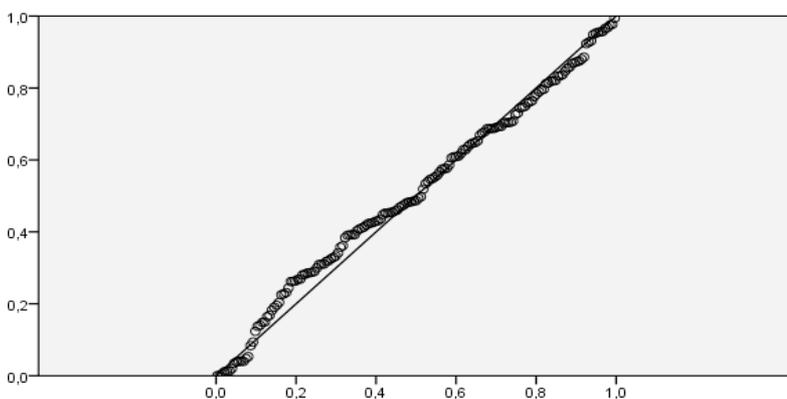


Tabela 4: Resultados da regressão linear passo-a-passo para satisfação com a vida

Variáveis Independentes	β^2	β^3	t	p
Afetos positivos	2,245	0,264	4,363	<0,001
Saúde mental	0,087	0,237	3,824	<0,001
Procedência (Sorocaba)	-3,038	-0,193	-3,472	0,001
Estado civil (casado)	2,270	0,168	3,158	0,002
Índice econômico	0,248	0,162	3,025	0,003
Autodirecionamento	0,105	0,124	2,213	0,028

¹ R²=0,31; F[7, 272]= 16,33; p<0,001

² Coeficiente Beta

³ Coeficiente Beta ajustado

5.5. Resultados da análise de regressão linear multivariada passo-a-passo para índice de bem-estar (IBE)

O modelo utilizando o índice de bem-estar mostrou-se significativo, com a condição de normalidade do resíduo satisfeita [Durbin-Watson teste (Zresidual)=1,9] (Figura 2). O aspecto afetivo do bem-estar esteve relacionado a maiores índices de saúde mental, ser casado, residir em Sorocaba e a maiores escores em autodirecionamento. Em contrapartida, escores altos em esquivar ao dano relacionaram-se com menores índices de IBE. O modelo final de regressão linear encontra-se na Tabela 5.

Figura 2: Análise da normalidade do resíduo para índice de bem-estar, mostrando relação linear entre as variáveis

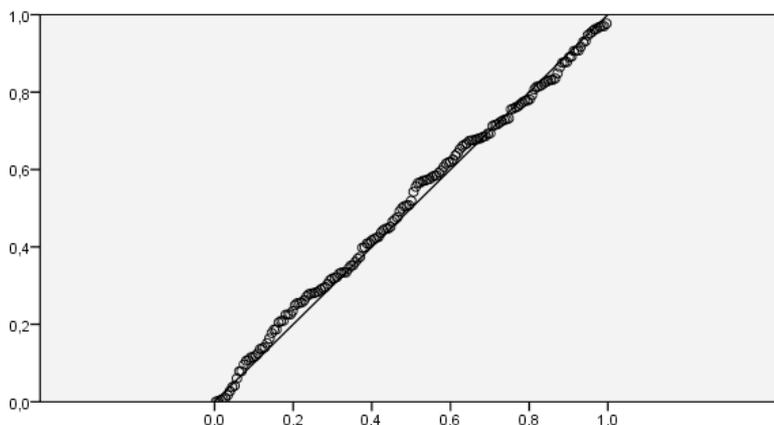


Tabela 5: Resultados da regressão linear passo-a-passo para índice de bem-estar

	β^2	β^3	t	p
Saúde Mental	0,033	0,549	11,039	<0,001
Autodirecionamento	0,019	0,138	2,476	0,014
Estado civil (casados)	0,253	0,114	2,415	0,016
Procedência (Sorocaba)	-0,304	-0,118	-2,454	0,015
Esquiva ao Dano	-0,021	-0,132	-2,432	0,016

[$R^2=0,44$; $F_{[5, 272]}= 20,94$; $p<0,001$, Durbin-Watson norm (Zresidual)=1,9],

² Coeficiente Beta

³ Coeficiente Beta ajustado

5.6. Resultados do modelo linear generalizado para Afetos Positivos e Afetos Negativos

Afetos positivos apresentaram duas associações significativas. Maiores índices de afetos positivos estiveram associados a maiores índices de satisfação com a vida ($\beta=0,235$; $SE=0,061$; $Z=3,866$; $p<0,001$) e menores índices de afetos positivos

associaram-se a escores elevados da dimensão de temperamento esquiva ao dano ($\beta=-0,136$; $SE=0,061$; $Z=-2,247$; $p=0,02$).

O modelo de regressão linear generalizada para afetos negativos não revelou nenhuma associação significativa com as variáveis estudadas.

O número de variáveis que se mostraram significativas na análise de correlação foi maior para todas as medidas de bem-estar subjetivo utilizadas que as que mantiveram-se significativa nos modelos finais de regressão, mostrando que embora elas se correlacionem não fazem parte do modelo explicativo de bem-estar subjetivo.

5.7. Resultados das análises do impacto da personalidade sobre o bem-estar de homens e mulheres

Os homens em nossa amostra eram significativamente mais velhos que as mulheres e apresentaram maiores escores em saúde mental que as mulheres. Em contrapartida, mulheres apresentaram maiores escores em dependência de gratificação e cooperatividade que homens. Entretanto, não houve diferença entre os gêneros nos escores de bem-estar (Tabela 6).

Tabela 6: Resultados [médias (DP)] das escalas de saúde física e mental, afetos positivos e negativos, satisfação com a vida e variáveis de personalidade de acordo com gênero.

	Homens (n=100) média (DP)	Mulheres (n=173) média (DP)	Estatística	p
Idade	37,6 (10,2)	34,7 (10,8)	$z=-1,8$	0,005
Saúde física	89,9 (18,2)	84,4 (17,7)	$z=-1,1$	n.s.
Saúde mental	81,1 (16,6)	77,8 (16,5)	$z=-1,9$	0,05
Afetos positivos	3,6 (0,6)	3,5 (0,6)	$z=-0,4$	n.s.
Afetos negativos	1,8 (0,6)	1,7 (0,6)	$z=-0,6$	n.s.
Satisfação com a vida	26,4 (5,9)	26,1 (5,7)	$z=-0,2$	n.s.
Busca de novidades	18,9 (5,4)	18,8 (4,7)	$z=-0,2$	n.s.
Esquiva ao dano	13,9 (6)	14,9 (5,9)	$z=-0,8$	n.s.
Dependência de gratificação	13,5 (3,5)	15,6 (3,5)	$z=-4,4$	<0,001
Persistência	5,1 (1,8)	5,1 (1,7)	$z=-0,8$	n.s.
Autodirecionamento	30,7 (7,8)	32,2 (6,3)	$z=-1,4$	n.s.
Cooperatividade	25,0 (11,7)	29,6 (9,5)	$z=-3,3$	0,001
Autotranscendência	14,1 (8,4)	15,9(7,5)	$z=-1,7$	n.s.

5.7.1. Resultados da análise de regressão linear multivariada para o gênero masculino

5.7.1.1. Gênero masculino e satisfação com a vida

O modelo de regressão mostrou-se significativo e com análise de resíduo dentro dos valores admitidos (figura 3). Na amostra de homens, a satisfação com a vida associou-se a boa saúde mental, afetos positivos e melhor situação econômica (Tabela 7).

Figura 3: Análise da normalidade do resíduo para satisfação com a vida no gênero masculino, mostrando relação linear entre as variáveis

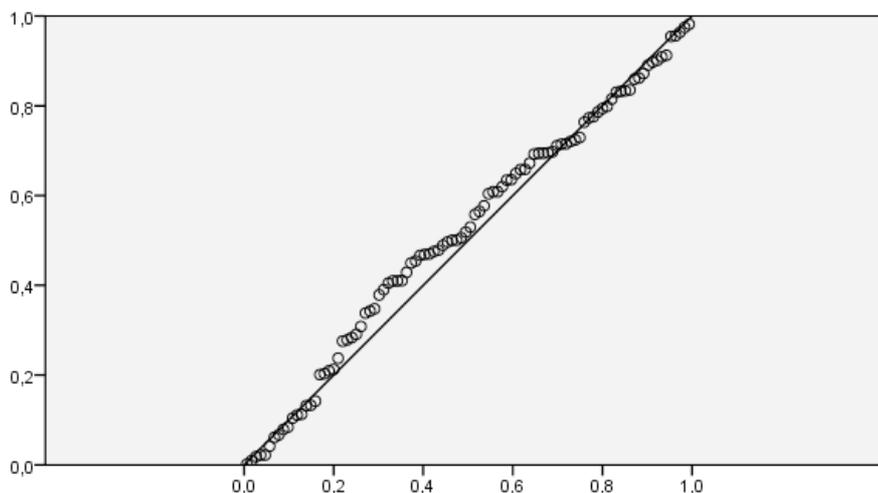


Tabela 7: Resultados da regressão linear multivariada passo-a-passo para satisfação com a vida

Variáveis Independentes	β^2	β^3	t	p
Saúde Mental	0,121	0,302	2,807	0,006
Índice econômico	0,464	0,272	2,990	0,004
Afetos positivos	2,177	0,224	2,100	0,038

[R²=0.25; F[3, 99]= 11.50 p<0.001. Durbin-Watson norm (Zresidual)=1.7]

² Coeficiente Beta

³ Coeficiente Beta ajustado

5.7.1.2. Gênero masculino e índice de bem-estar

Na amostra masculina, os índices de bem-estar estiveram positivamente associados apenas a saúde mental e procedência de Sorocaba. Os resultados desse modelo de regressão estão resumidos na tabela 8 e as condições da análise de resíduo foram satisfeitas (Figura 4).

Figura 4: Análise da normalidade do resíduo para índice de bem-estar no gênero masculino, mostrando relação linear entre as variáveis

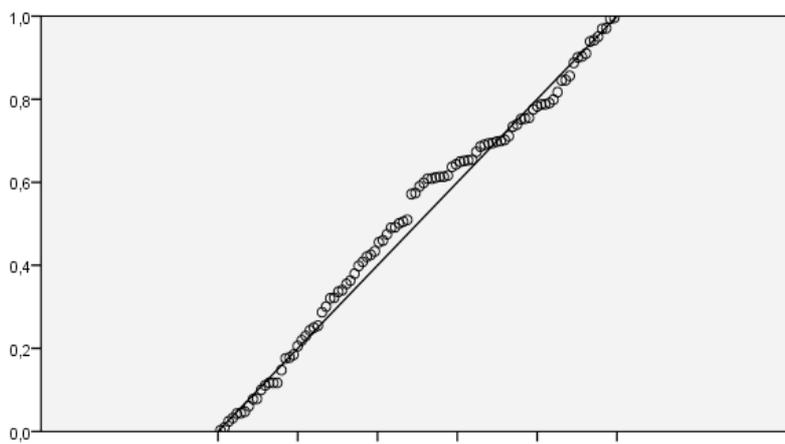


Tabela 8: Resultados da regressão linear multivariada passa-a-passo para índice de bem-estar no gênero masculino

Variáveis Independentes	β^2	β^3	t	p
Saúde Mental	0,040	0,647	8,150	<0,001
Procedência Sorocaba	0,496	0,159	-2,002	0,048

[$R^2=0.40$; $F_{[2, 99]}= 33.68$; $p=0.000$. Durbin-Watson norm ($Z_{residual}$)=1.8]

² Coeficiente Beta

³ Coeficiente Beta ajustado

5.7.2. Resultados da análise de regressão linear multivariada para o gênero feminino

5.7.2.1. Gênero feminino e satisfação com a vida

Diferentemente dos homens, a satisfação com a vida na amostra feminina apresentou relação com um número maior de variáveis. A satisfação com a vida das mulheres da amostra esteve positivamente associada a afetos positivos, saúde mental, ter um relacionamento estável, morar em Sorocaba, melhor índice econômico e maior

autodirecionamento. O modelo final foi significativo, com as condições de resíduo satisfeitas (figura 5) e os resultados finais encontram-se na tabela 9.

Figura 5: Análise da normalidade do resíduo para satisfação com a vida no gênero feminino, mostrando relação linear entre as variáveis

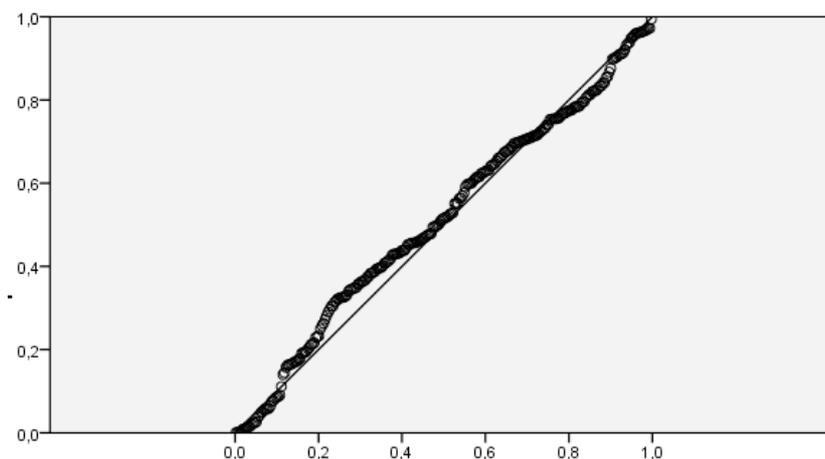


Tabela 9: Resultados da regressão linear multivariada passo-a-passo para satisfação com a vida no gênero feminino

Variáveis Independentes	β^2	β^3	t	p
Saúde Mental	0,094	0,266	3,599	<0,001
Estado civil (casado)	3,715	0,257	3,956	<0,001
Procedência (Sorocaba)	3,577	0,250	3,672	<0,001
Afeto positivo	1,888	0,232	3,136	0,002
Autodirecionamento	0,094	0,266	3,599	<0,001
Índice econômico	0,199	0,137	2,082	0,039

[R²=0,32; F[6, 172]= 14,47; p<0.001, Durbin-Watson norm (Zresidual)=1,9]

² Coeficiente Beta

³ Coeficiente Beta ajustado

5.7.2.2. Gênero feminino e índice de bem-estar

O modelo de regressão foi altamente significativo, com as condições da análise de resíduos satisfeitas (figura 6). Em mulheres, o componente afetivo do bem-estar esteve positivamente associado a saúde mental, procedência de Sorocaba, casamento e autodirecionamento. Em contrapartida, escores mais altos em esquivar ao dano e autotranscendência associaram-se negativamente com índice de bem-estar. (Tabela 10).

Figura 6: Análise da normalidade do resíduo para índice de bem-estar no gênero feminino, mostrando relação linear entre as variáveis

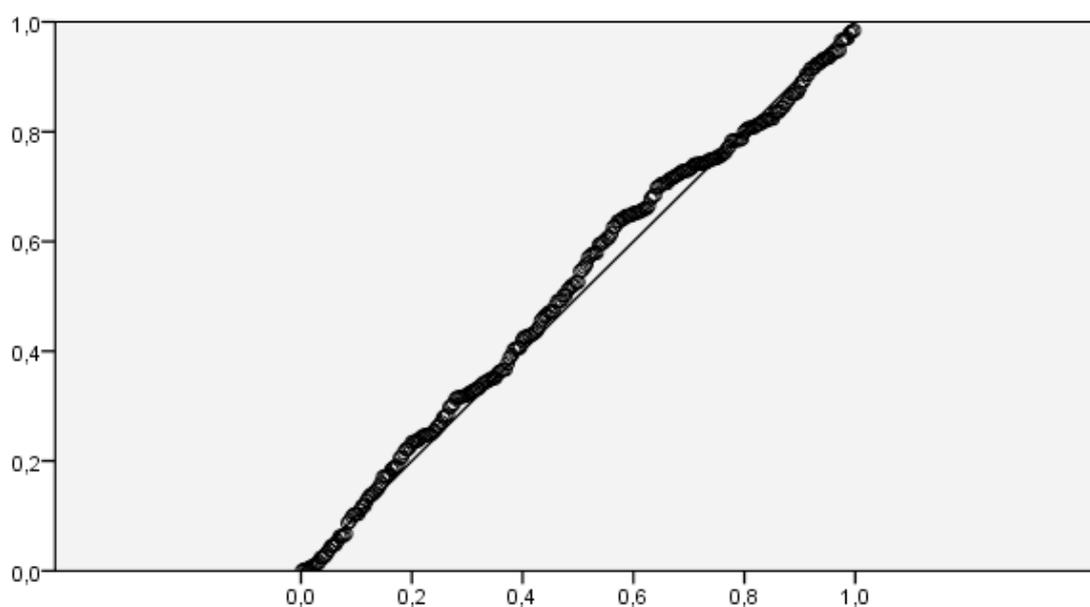


Tabela 10: Resultado das regressão linear multivariada passo-a-passo para índice de bem-estar no gênero feminino

Variáveis independentes	β^2	β^3	t	p
Saúde mental	0,032	0,530	9,098	<0,001
Estado civil (casado)	0,628	0,257	4,688	<0,001
Esquiva ao dano	-0,032	-0,193	-2,858	0,005
Procedência (Sorocaba)	-,0404	-0,167	-2,847	0,005
Autotranscendência	-0,021	-0,162	-2,829	0,005
Autodirecionamento	0,022	0,147	2,173	0,031

[R²=0,52; F[6, 172]= 29,62; p<0,001, Durbin-Watson norm (Zresidual)=2,0],

² Coeficiente Beta

³ Coeficiente Beta ajustado

6. DISCUSSÃO

6. Discussão

6.1. Personalidade e Bem-Estar Subjetivo

No que diz respeito à personalidade, a literatura refere associação positiva entre extroversão e afetos positivos, assim como uma associação positiva entre neuroticismo e afetos negativos (Headey & Wearing, 1992; Watson & Clark, 1992; Lucas & Fujita, 2000; Diener et al., 2003; Steel et al., 2008). A literatura também refere uma aproximação teórica entre extroversão e as dimensões de temperamento dependência de gratificação e persistência; e entre neuroticismo e esquiva ao dano (De Fruyt et al., 2006; Tavares, 2006). Assim, havíamos aventado a hipótese que as dimensões de temperamento dependência de gratificação e persistência estariam positivamente associadas aos afetos positivos e negativamente aos afetos negativos, entretanto, nenhuma dessas associações foi observada. Por outro lado, como hipotetizado, esquiva ao dano, que é representada por preocupação antecipatória, medo do incerto e timidez esteve negativamente associada a afetos positivos e índice de bem-estar, ambas medidas representando os aspectos afetivos do bem-estar subjetivo.

Altos escores de esquiva ao dano foram associados à depressão (Farmer et al., 2003; Cloninger et al., 1998) e à afetividade negativa (Cloninger et al., 1998). Portanto, é possível que altos escores em esquiva diminuam afetos positivos e dessa forma comprometam o componente afetivo do bem-estar subjetivo. Em nossa amostra não encontramos qualquer outra associação entre as demais dimensões de temperamento e as outras medidas de bem-estar subjetivo.

Muito embora esquiva ao dano tenha sido associada negativa e significativamente a afetos positivos e índice de bem-estar, essa associação foi pequena ($\beta=0,02$), o que

reforça observações prévias de que temperamento está fracamente associado a bem-estar (Cloninger, 2004).

As dimensões de temperamento apresentam algumas similaridades com neuroticismo e extroversão e conseqüentemente com afetos positivos e negativos (Tavares, 2006), porém, temperamento pode sofrer influência do desenvolvimento do caráter, o que modularia sua expressão (Constantino et al., 2003), sendo, portanto, um conceito mais abrangente que os conceitos de extroversão e neuroticismo, que enfatizam principalmente os aspectos estáveis dessas características. Essas diferenças poderiam, parcialmente explicar a falta de associação encontrada.

De acordo com a hipótese de que haveria uma associação positiva entre as dimensões de caráter e satisfação com a vida, o autodirecionamento esteve positivamente associado ao bem-estar subjetivo. Resultado semelhante foi observado em dois diferentes estudos populacionais, um conduzido em Israel (Cloninger & Zohar, 2010) e outro na (Josefsson et al., 2011).

Autodirecionamento refere-se à autodeterminação e força de vontade, à habilidade de controlar, adaptar o comportamento de acordo com as metas escolhidas. Refere-se também ao reconhecimento das próprias habilidades e aceitação das fraquezas, sem atribuir culpa a terceiros pelos eventuais fracassos. A literatura pertinente a bem-estar subjetivo mostra que possuir metas está associado a maiores índices de bem-estar subjetivo e é sugerido que autoeficácia e autorrealização mediem essa associação (Miquelon & Vallerand, 2006; Ryan & Deci, 2000).

Miquelon & Vallerand (2006) diferenciam dois motivadores para a realização de metas determinadas pelos indivíduos. Um motivador estaria fora do indivíduo (forte interesse ou grande identificação com convicções) e o outro interno (pressões

internas como recompensa imediata e culpas). Segundo Sheldon et al. (2004) motivadores externos estão positivamente associados a aumento de afetos positivos, enquanto que os motivadores internos estão negativamente associados a afetos positivos, a não ser que as pressões internas estejam alinhadas com as convicções pessoais e do grupo ao qual o sujeito pertence. Nesse caso, haveria um incremento em bem-estar subjetivo (medida por afeto positivo e satisfação com a vida). Miquelon & Vallerand (2006) avaliaram 308 estudantes universitários relacionando metas pessoais, afetos positivos, satisfação com a vida, métodos de enfrentamento em períodos de estresse e sintomas físicos. Os autores observaram que possuir propósitos se associou positivamente à bem-estar subjetivo e inversamente associado à ocorrência de sintomas de estresse. Estudo semelhante foi realizado com 609 universitários na Paraíba (Albuquerque et al., 2006), onde foi observada associação positiva entre presença de valores humanos tais como, estabilidade, cumprimento de metas e BES.

Nossos resultados referentes a autodirecionamento são consistentes com a literatura (Lent et al., 2005; Cloninger, 2000; Cloninger & Zohar, 2011; Josefsson et al., 2011), sugerindo que ter controle de seus próprios desejos, direcionando-os para a finalização das metas estabelecidas e ter autoaceitação reforçam esse mesmo autocontrole aumentando felicidade e satisfação com a vida.

Escores baixos em autodirecionamento foram relacionados a transtornos de personalidade (Cloninger et al., 1993) e vulnerabilidade à depressão (Farmer et al., 2003), enquanto altos escores em AD foram associados a indicadores de saúde mental e remissão sustentada em transtorno depressivo (Cloninger & Zohar, 2011).

Dessa forma, é possível, ainda, que autodirecionamento funcione como fator de proteção contra doenças mentais.

Esperávamos associação positiva entre cooperatividade e bem-estar subjetivo, já que essa dimensão diz respeito a aceitação social, tolerância com as diferenças, prontidão em ajudar e a empatia. Sujeitos mais cooperativos envolvem-se mais em causas de caridade. Por sua vez, praticar caridade mostrou-se efetiva em aumentar os níveis de bem-estar subjetivo (Sheldon et al., 2004; Heine et al., 2006; Vohs et al., 2006). Porém, essa associação não ocorreu, consistente com o observado por Cloninger & Zohar (2011), que também não encontraram qualquer associação entre cooperatividade e medidas de BE. Em contrapartida, no estudo de Josefsson e colaboradores (2011) cooperatividade foi um forte preditor de felicidade. Esta discrepância de resultados pode ser devido a diferenças culturais entre as amostras. Entretanto, o papel da aceitação social, tolerância, empatia e engajamento social na promoção de bem-estar subjetivo ainda precisa ser investigado.

Em resumo, nossos resultados indicam que a crença em sua própria competência, no controle sobre seus desejos e escolhas tiveram maior impacto sobre satisfação com a vida e a felicidade do que ser empático e tolerante.

Ainda, hipotetizamos que escores mais altos em autotranscendência estariam associados a maiores índices de bem-estar subjetivo. Não encontramos essa associação na amostra. Contraoando-se aos nossos resultados, Cloninger & Zohar (2011) observaram que maiores escores em autotranscendência estavam relacionados a afetos positivos. Por outro lado, Josefsson e colaboradores (2011) observaram que autotranscendência esteve associada a altos escores tanto de afetos positivos quanto a maiores escores de afetos negativos. Novamente, diferenças culturais poderiam

explicar esses resultados aparentemente contraditórios. Segundo Josefsson et al. (2011) a religiosidade teria um papel mais importante no estudo de Cloninger & Zohar (2011) do que no seu estudo conduzido em uma cultura onde 82% dos participantes não frequentavam o serviço religioso regularmente, embora acreditassem na existência divina. Essas diferenças reforçam os achados de Green & Elliot (2010), que ao avaliarem o papel da religiosidade sobre a felicidade de 1000 sujeitos, observaram que a religiosidade só esteve positivamente associada à afetos positivos quando a crença era fundamentalista, independentemente do tipo de afiliação religiosa. Nesse estudo, o fundamentalismo foi definido pela presença de três critérios: na crença da literalidade do livro sagrado de cada participante, convicção da existência do ser divino e convicção de que a quebra das regras estipuladas pela religião seriam punidas. Portanto, a religiosidade esteve associada a aumento da felicidade quando a religiosidade era significativa para os indivíduos. Há a necessidade de estudos futuros para elucidar o real papel da autotranscendência sobre BES.

6.2. Variáveis sociodemográficas e bem-estar subjetivo

Embora a amostra tenha tido duas procedências diferentes, mostrou-se homogênea em relação a média de idade, estado civil e predominância do gênero feminino.

No que tange ao gênero, parece haver um predomínio de mulheres entre voluntários de pesquisas, o que tem sido consistentemente replicado em estudos transculturais (Chapman et al., 2007). O mesmo ocorreu em nossa experiência anterior no Projeto Temático “Estudo Psicobiológico da Regulação Emocional a partir dos Efeitos de Antidepressivos”, desenvolvido no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP). Esses resultados reforçam as observações de Sogaard et al. (2004) que, ao conduzirem um estudo sobre saúde em toda população de Oslo, no Instituto de Saúde Pública da Noruega, notaram que o gênero dos respondentes foi predominantemente feminino. Essa predominância pode decorrer de diferença de personalidade entre gêneros, uma vez que mulheres apresentam escores mais altos em cooperatividade do que homens (Chapman et al., 2007). A dimensão cooperatividade diz respeito ao altruísmo, amabilidade, aceitação social, empatia e aderência, o que facilitaria o engajamento em pesquisas científicas (Costa et al., 2001).

Referente ao nível econômico, esperávamos que não houvesse associação com os aspectos afetivos do bem-estar e que houvesse uma associação positiva com satisfação com a vida. Consonante com resultados anteriores (Veenhoven, 1991; Csikszentmihalyi, 1999; Inglehart et al., 2004; Kahneman et al., 2006), em nosso estudo não houve associação entre nível socioeconômico e índice de bem-estar ou com afetos positivos ou negativos, o que reforça a hipótese de que a expressão de alegria e de prazer não está relacionada a fatores externos (Diener et al., 2003). Em contrapartida, satisfação com a vida relacionou-se positivamente com índice econômico em nosso estudo. Satisfação com a vida é um construto que representa o julgamento global que um indivíduo faz de sua vida e inclui um conjunto de situações onde os objetivos alcançados, ou não, fazem parte da avaliação, da mesma forma que a comparação entre a vida real e a idealizada.

O estudo de Easterlin (2003) mostrou que dinheiro impacta positivamente BES até o ponto de garantir manutenção de moradia, saúde e alimentação e a partir daí a relação deixa de ser linear. Entretanto, Deaton (2008), utilizando dados do instituto

Gallup de 132 países, observou que a relação entre renda e BES manteve-se linear o tempo todo e o autor credita a diferença entre os resultados à inclusão de países mais pobres e à não seleção dos participantes. No estudo de Easterlin (2003), os sujeitos dos países mais pobres escolhidos para participar da pesquisa eram os mais letrados e urbanos, o que não ocorreu no estudo de Deaton (2008). Assim, podemos inferir que, na presente amostra, maior nível socioeconômico esteve associado a maior percepção de realização de objetivos e proximidade com a vida idealizada. Essa associação poderia ser mediada pelo poder de controle sobre as circunstâncias da vida como sugerido por Johnson & Krueger (2006). Ser procedente de Sorocaba também esteve associado a maiores índices de satisfação com a vida. Isso pode ser reflexo da amostra oriunda de Sorocaba apresentar maior índice socioeconômico que a procedente do IPq-HCFMUSP. A diferença em escolaridade e índice econômico entre as amostras pode ser decorrente do ressarcimento de despesas para os sujeitos do IPq-HCFMUSP, que pode ter contribuído na atração de indivíduos com menor escolaridade e com provável rendimento econômico insuficiente.

Em relação ao estado civil, esperávamos que entre os sujeitos com maiores escores em bem-estar subjetivo haveria uma frequência maior de indivíduos casados. De fato, encontramos uma frequência maior de casados nos maiores escores em satisfação com a vida e índice de bem-estar. Até o momento não foi possível estabelecer uma relação causal entre casamento e felicidade e não se sabe se as pessoas mais felizes se casam mais ou se o casamento em si torna as pessoas mais felizes. Easterling (2003) supôs que se são as pessoas mais felizes as que se casam, quando estas deixam o grupo dos nunca casados, esse grupo poderia apresentar uma queda nos níveis de felicidade. Isto, porém, não foi observado em seu estudo.

Concluiu, então, que o casamento em si funcionaria como promotor de felicidade. Tem-se sugerido que a forma com que o casamento aumenta os níveis de felicidade é pelo aumento do senso de suporte social e pertencimento a um relacionamento próximo (Lee & Lee, 2011).

No que diz respeito à idade, esperávamos que não houvesse qualquer associação com as medidas de bem-estar utilizadas e, de fato, não observamos essa associação. A literatura pertinente relata dados controversos referente a associação entre idade e bem-estar subjetivo. Diener et al. (1985) observaram níveis mais elevados de satisfação com a vida entre 53 indivíduos com média de idade de 75 anos. Os autores creditam esses achados ao fato de satisfação com a vida envolver a realização de objetivos. Entretanto, o estudo de Deaton (2008) mostrou que os índices de satisfação com a vida declinam com a idade na maioria dos países, com exceção dos Estados Unidos, Canadá e Austrália, e tendem a ser maiores em faixas etárias que representam maior produtividade. Os autores creditam essa diferença a um melhor suporte socioeconômico no período de aposentadoria nesses países. Nossos dados não permitem afirmações conclusivas quanto ao papel da idade no bem-estar subjetivo dada a estreita variação de idade dos indivíduos.

Em relação ao gênero e bem-estar subjetivo, não esperávamos associações com as medidas de bem-estar utilizadas. A literatura mostra que existe uma tendência das mulheres relatarem mais afetos positivos e negativos do que os homens (Diener, 1984; Watson, 2000; Diener et al., 2003) Em contrapartida, parece não haver diferenças entre os gêneros em relação à satisfação com a vida (Diener et al., 2003; Rodrigues & Silva, 2010). Em nossa amostra também não houve associação entre gênero e os aspectos afetivos e não afetivos do bem-estar subjetivo. Entretanto,

Gonçalves & Kapczinski (2008) observaram em um estudo conduzido em 625 indivíduos da população rural de Santa Cruz do Sul (Rio Grande do Sul) que as mulheres apresentaram menores escores em satisfação com a vida do que os homens. No estudo de Gonçalves & Kapczinski (2008) menores escores em SCV estiveram associados a presença de sintomas sugestivos de transtornos psiquiátricos avaliados pelo SRQ-20, o que poderia justificar os resultados por eles obtidos.

6.3. Saúde e bem-estar subjetivo

Como havíamos hipotetizado, observamos associação positiva entre saúde mental e bem-estar subjetivo. De fato, em nossa amostra, saúde mental foi o maior preditor de satisfação com a vida e índice de bem-estar. Resultados semelhantes foram observados no estudo de Cloninger & Zohar (2011). Esperávamos também uma associação positiva entre saúde física e bem-estar subjetivo, entretanto, não encontramos tal associação. Em nosso estudo, saúde física foi avaliada pelo julgamento de quanta dor e falta de energia era sentido e quanto isso interferia nas atividades de vida diária. É possível que a falta de associação tenha sido consequência da idade relativamente jovem da amostra.

Na amostra estudada a expressão de afetos positivos apresentou uma relação linear com saúde mental avaliada pelo julgamento que o sujeito faz de quanto tem estado nervoso e sem ânimo nas últimas semanas. No entanto, não houve associação entre afetos positivos e saúde física. Muito embora se possa questionar o fato do SF-36 ser um instrumento de caráter subjetivo, e seus resultados não reflitam necessariamente o real estado de saúde, o SF-36 teve suas propriedades demonstradas em diversos

ensaios clínicos nos quais medidas objetivas de saúde foram consideradas (Ware, 2000).

Independentemente da relação causal entre bem-estar subjetivo e saúde, tem sido observado, especificamente em saúde mental, que pessoas sofrendo de diversos transtornos mentais, mas que estão engajadas em melhorar o relacionamento social, em desenvolver uma identidade mais positiva e em adquirir o manejo de sua própria doença apresentam melhor recuperação pessoal e funcional (Slade, 2010). Em outra direção, mas reforçando a importância da saúde mental na satisfação com a vida, estudos mostram que os transtornos mentais se associam negativamente com a satisfação com a vida, tendo impacto maior que as doenças físicas sobre a mesma (Noel et al., 2006). Ainda, Gonçalves & Kapczinski (2008) observaram que sujeitos com rastreamento positivo pelo SRQ-20, sugestivo de sintomatologia psiquiátrica, tiveram escores mais baixos em satisfação com a vida. Os autores concluíram que a presença de sintomas psiquiátricos poderia influenciar negativamente emoções e julgamentos, comprometendo as demais áreas do funcionamento. Muito embora nossos resultados não nos permitam estabelecer uma relação causal, podemos concluir que na amostra estudada saúde mental foi o fator mais importante na promoção dos aspectos afetivos e não afetivos do bem-estar subjetivo.

6.4. Gênero, personalidade e bem-estar

No que diz respeito à gênero e personalidade, a literatura mostrou que mulheres apresentam escores mais altos em dependência de gratificação e cooperatividade que os homens (Brändström et al., 2001; Fresán et al., 2010). Como esperado, nossos resultados replicaram os achados da literatura. Esperávamos que essas diferenças na

personalidade entre homens e mulheres pudessem impactar bem-estar. Entretanto contrariamente às nossas previsões, essas diferenças não tiveram relação com bem-estar subjetivo. Homens e mulheres não apresentaram qualquer diferença nas medidas de bem-estar subjetivo utilizadas. Isto significa que embora as mulheres sejam mais tolerantes, empáticas, sentimentais e mais dependentes da aprovação alheia, essas características não influenciaram medidas de bem-estar subjetivo.

Quando homens e mulheres foram analisados separadamente, personalidade esteve associada a bem-estar subjetivo apenas em mulheres. Autodirecionamento, em mulheres, esteve positivamente associado a todas medidas de bem-estar subjetivo utilizadas, enquanto as dimensões esquivar ao dano e autotranscendência estiveram negativamente associadas ao índice de bem-estar. Além de personalidade, bem-estar subjetivo em mulheres dependeu de um maior número de variáveis: boa saúde mental, estar casada e bom rendimento econômico. Em homens, bem-estar subjetivo dependeu apenas da presença de saúde mental e rendimento econômico. Estas diferenças entre gêneros pode ser consequência das diferenças entre os papéis estereotipados que cada um desempenha (Mahon et al., 2005). Espera-se que homens tenham sucesso profissional, sejam protetores e competitivos, enquanto espera-se que as mulheres expressem felicidade, acolhimento e fragilidade. Essas características, supostamente, serviriam como base para os diversos papéis femininos como cuidados com a casa, com a criação dos filhos, formação e manutenção de vínculos sociais e a entrada no mercado de trabalho.

No que diz respeito a casamento e gênero, estar casado tem sido consistentemente associado a bem-estar subjetivo (Easterlin, 2003; Rodrigues & Silva, 2010), e é igual em ambos gêneros (Ballas & Dorling, 2007). Entretanto em nossa amostra, essa

relação ocorreu apenas para mulheres. Casamento foi associado a aumento nos níveis de bem-estar subjetivo pelo incremento do senso de apoio social e foi relatado ser igual para ambos os sexos (Lee & Lee, 2011). Embora no estudo de Lee & Lee (2011) os indivíduos avaliados (n=4155) tinham mais de 65, poderíamos supor que o casamento fosse importante para BES em homens mais velhos, entretanto nos demais (Easterlin, 2003; Ballas & Dorling, 2007; Rodrigues & Silva, 2010) as avaliações foram feitas em diferentes faixas etárias com resultados semelhantes, assim não conseguimos encontrar uma explicação para nossos resultados.

Referente a expressão afetiva e gênero, estudos relatam que mulheres e homens não diferem quanto ao bem-estar subjetivo (Haring et al., 1984; Mahon et al., 2005), entretanto mulheres relatam mais afetos positivos e negativos (Watson, 2000; Diener et al., 2003). Nossos dados reforçam esses resultados uma vez que não houve diferença nas medidas de bem-estar subjetivo entre os gêneros. Apenas no sexo feminino a dimensão de temperamento esquivo ao dano esteve negativamente associada a satisfação com a vida.

6.5. Implicações práticas: terapias de bem-estar

De acordo com estudos na área (Diener et al., 1997; Seligman e Csikszentmihalyi, 2000; Cloninger, 2004; Ferraz et al., 2007) a identificação dos fatores associados ao bem-estar subjetivo pode ter implicações práticas promovendo bem-estar subjetivo e consequentemente a saúde em populações vulneráveis.

Muito embora a participação da personalidade não seja um fator primordial para a obtenção de bem-estar, o fato de autodirecionamento estar repetidamente envolvido na obtenção de maiores índices de bem-estar (Cloninger & Zohar, 2011; Josefsson et

al., 2011) subsudia o desenvolvimento de estratégias para fortalecimento de características de personalidade cororárias ao autodirecionamento.

De fato, a literatura já traz relatos da utilização de técnicas promotoras de bem-estar subjetivo. Os objetivos dessas técnicas são mudar crenças e atitudes envolvidas na diminuição do bem-estar, estimulando a percepção de crescimento pessoal e autoaceitação, incentivar relações positivas com próximos, autonomia e consequentemente controle das situações de vida e propósito na vida. Por exemplo, Fava et al. (1998) conduziram um experimento com 40 pacientes portadores de transtorno depressivo unipolar recorrente, onde 20 foram alocados para terapia cognitivo comportamental com módulo específico para terapia de bem-estar (reconhecimento de pontos positivos, estabelecimento de metas, fortalecimento de relações interpessoais, mudança em estilo de vida e percepção de crescimento pessoal) e 20 foram alocados para a condição de manejo clínico (orientação sobre doença, reconhecimento dos primeiros sinais de recaída e aconselhamento). Eram sessões semanais (1 hora por semana), durante 20 semanas. Após duas semanas do início do procedimento, todas as medicações foram interrompidas, sendo permitido apenas uso esporádico de benzodiazepínicos. Os pacientes foram acompanhados durante dois anos e após esse período 25% dos sujeitos pertencentes ao grupo de terapia do BE apresentaram recaída contra 80% do grupo de manejo clínico. Ainda com abordagem em melhora de bem-estar subjetivo, Tomba et al. (2010) avaliaram a aplicabilidade de terapia de bem-estar subjetivo em 162 alunos de ensino fundamental na Itália. O desenho experimental consistiu de dois grupos: um grupo de terapia do bem-estar subjetivo (n=82) com sessões semanais (duas horas de duração) e outro grupo (n=80) com procedimento de diminuição de ansiedade (orientação,

técnicas de relaxamento e de respiração), também com sessões semanais de duas horas, ambas conduzidas no ambiente escolar. Diminuição da ansiedade foi observada no grupo alocado para controle da ansiedade e houve aumento em índices afiliativos no grupo de terapia para bem-estar subjetivo, o que resultou em menores conflitos entre os alunos. Esses resultados mantiveram-se seis meses após o término do procedimento. Os autores concluíram que intervenções breves e simples promovendo bem-estar podem ser efetivas, ressaltando que esses resultados não podem ser extrapolados para populações de risco.

Considerando que a gratidão funciona como motivador para comportamento prósocial, inibe comportamentos interpessoais destrutivos e é acompanhada por altos níveis de afeto positivo (McCullough et al., 2001), Froh et al. (2007) avaliaram o impacto que a gratidão pode ter sobre bem-estar subjetivo.

Foram selecionados 221 alunos de ensino fundamental divididos em três grupos: 76 estudantes formaram um grupo para indução de gratidão, 80 compuseram o grupo de indução de estados negativos e 65 formaram o grupo controle. Para indução de gratidão, foi solicitado aos alunos que preenchessem um diário relatando todas experiências positivas do dia a que eles poderiam agradecer (desde ter a roupa lavada, comida pronta, até receber elogio, ganhar um presente). Na condição de indução de estados negativos os alunos deveriam relatar em um diário o que lhes foi irritante, que lhes aborreceu no dia; e na condição neutra, foi solicitado que os alunos relatassem em um diário o que considerassem importante. Para todos os grupos o procedimento durou duas semanas. O grupo de indução de gratidão apresentou significativamente menores escores de afetos negativos que os demais, maiores escores em satisfação com a vida e satisfação com a escola. Os autores concluíram

que indução de gratidão aumenta bem-estar subjetivo e conseqüentemente otimismo e comprometimento com metas escolares, podendo mitigar possíveis resultados negativos na escola.

Em resumo, podemos dizer que nessa amostra de conveniência as variáveis estudadas combinaram-se diferentemente para a promoção dos aspectos afetivos e não afetivos do bem-estar subjetivo. Ter boa saúde mental, ser casado, morar em Sorocaba, maiores escores em autodirecionamento (relacionado com ter crença em sua própria competência, no controle sobre seus desejos e escolhas, conhecer e aceitar defeitos e qualidades, ter objetivos, ser mais seguro), menores escores em esquiva ao dano (relacionado a menor timidez, mais otimismo) e menores escores em autotranscendência foram as variáveis preditoras dos aspectos afetivos (afetos positivos e negativos e índice de bem-estar) do bem-estar, esse modelo explicou 52% do bem-estar afetivo.

No que diz respeito aos aspectos não afetivos do bem-estar (satisfação com a vida), o modelo explicou 32% e foi constituído de saúde mental, ser casado, morar em Sorocaba, ter afetos positivos, bom autodirecionamento e bom índice econômico. Para ambos os gêneros o principal determinante de bem-estar subjetivo foi a saúde mental, seguida por fatores socioeconômicos. Essas características foram responsáveis por aproximadamente 40% da felicidade. Os presentes resultados sugerem que bem-estar subjetivo associou-se a uma combinação de variáveis, de tal forma que esse construto é provavelmente melhor explicado por modelos integrativos que incluam tanto dimensões de personalidade quanto circunstâncias da vida.

6.6. Limitações do estudo

Há algumas limitações a serem consideradas ao interpretar os resultados de nosso estudo. O desenho transversal do estudo não permite inferências sobre eventuais papéis associados a alterações de estado das variáveis observadas. Outra limitação foi a amostra utilizada, que por ser de conveniência limita a generalização dos resultados para a população brasileira. Entretanto, apesar das diferenças econômicas e educacionais entre as amostras provenientes de duas distintas fontes de recrutamento, ambas apresentaram resultados semelhantes em bem-estar afetivo e cognitivo, reforçando que bem-estar subjetivo é um construto que apresenta certa independência, pelo menos, em relação à educação e índice econômico. Também é o primeiro estudo a avaliar separadamente o impacto das variáveis sobre os gêneros. Se esses resultados forem replicados em estudos populacionais, pode-se desenvolver estratégias psicoeducacionais específicas para aumento de BES para cada gênero.

7. CONCLUSÕES

7. Conclusões

Nossos resultados permite-nos concluir que na amostra avaliada bem-estar subjetivo associou-se a diferentes variáveis de tal forma que:

- Modelo explicativo é multivariado e integrado;
- Saúde mental foi a variável preditora mais forte do bem-estar subjetivo; e associou-se a todas medidas utilizadas;
- Saúde mental associou-se a todas as medidas de bem-estar subjetivo estudadas;
- Homens e mulheres são diferentes quanto o número de variáveis necessárias para presença de bem-estar subjetivo, entretanto saúde mental foi a variável explicativa mais forte em comum.

8. ANEXOS

ANEXO 1

Questionário de Rastreamento Psiquiátrico - Self Report Questionnaire (SRQ-20, Harding et al., 1980; Mari e Willians, 1986)

	SIM	NÃO
1. Sr.(a) tem dores de cabeça com frequência?		
2. Tem falta de apetite?		
3. O Sr.(a) dorme mal?		
4. O Sr.(a) fica com medo com facilidade?		
5. Suas mãos tremem?		
6. O Sr(a) se sente nervoso, tenso ou preocupado?		
7. Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva?		
8. O Sr(a) não consegue pensar com clareza?		
9. Sente-se infeliz?		
10. O Sr(a) chora mais que o comum?		
11. Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?		
12. Acha difícil tomar decisões?		
13. Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?		
14. O Sr.(a) não é capaz de ter um papel útil na vida?		
15. O Sr.(a) perdeu interesse nas coisas?		
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada?		
17. O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?		
18. O Sr.(a) se sente cansada todo o tempo?		
19. O Sr.(a) tem sensações desagradáveis no estômago?		
20. Fica cansado com facilidade?		

ANEXO 2

Questionário de Rastreamento Psiquiátrico - Self Report Questionnaire (SRQ-A, Gonçalves et al., 2008)

1	Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentaram ou sugeriram que você estava bebendo demasiadamente?		
2	Alguma vez você tentou deixar de beber, mas não conseguiu?		
3	O Sr.(a) teve problemas no trabalho ou estudo por causa da bebida, tais como beber no trabalho ou no colégio, ou faltar a ambos?		
4	O Sr(a) tem se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado?		
5	Já lhe pareceu alguma vez que estava bebendo demasiadamente?		

ANEXO 3

Inventário de Depressão de Beck

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- | | |
|---|---|
| 1. | 6. |
| 0 Não me sinto triste. | 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a). |
| 1 Sinto-me triste. | 1 Sinto que posso ser punido(a). |
| 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. | 2 Sinto que mereço ser punido(a). |
| 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | 3 Sinto que estou a ser punido(a). |
| 2. | 7. |
| 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro. | 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a). |
| 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro. | 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a). |
| 2 Sinto que não tenho nada a esperar. | 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a). |
| 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar. | 3 Eu odeio-me. |
| 3. | 8. |
| 0 Não me sinto fracassado(a). | 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. |
| 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio. | 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. |
| 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos. | 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas. |
| 3 Sinto que sou um completo fracasso. | 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem. |
| 4. | 9. |
| 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes. | 0 Não tenho qualquer ideia de me matar. |
| 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter. | 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar. |
| 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa. | 2 Gostaria de me matar. |
| 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo. | 3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade. |
| 5. | 10. |
| 0 Não me sinto particularmente culpado(a). | 0 Não costumo chorar mais do que o habitual. |
| 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo. | 1 Choro mais agora do que costumava fazer. |
| 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo. | 2 Actualmente, choro o tempo todo. |
| 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo. | 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira. |

11.

0 Não me irrita mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, m
disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-s
difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que nã
consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no me
interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vid
sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Anexo 4

HCL-32, Versão em Português traduzida por Odeilton Tadeu Soares (Angst et al., 2005)

Energia, Atividade e Humor

Em diferentes períodos durante a vida todos sentem mudanças ou oscilações em energia, atividade e humor (“altos e baixos” ou “para cima e para baixo”). O Objetivo deste questionário é o de avaliar as características dos períodos “altos” ou “para cima”.

1. Antes de tudo, como você está se sentindo hoje comparando com seu estado normal?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito pior do que o normal | <input type="checkbox"/> Um pouco melhor que o normal |
| <input type="checkbox"/> Pior que o normal | <input type="checkbox"/> Melhor que o normal |
| <input type="checkbox"/> Um pouco pior que o normal | <input type="checkbox"/> Muito melhor que o normal |
| <input type="checkbox"/> Nem pior nem melhor que o normal | |

2. Como você é normalmente, comparado com outras pessoas?

Independente de como você se sente hoje, por favor, conte-nos como você é normalmente comparado com outras pessoas, marcando qual dos seguintes itens melhor o descreve.

Comparando com outras pessoas, meus níveis de atividade, energia e humor...

- ... sempre são mais para estáveis e equilibrados
- ... geralmente são maiores
- ... geralmente são menores
- ... freqüentemente passo por períodos de altos e baixos

3. Por favor, tente lembrar de um período em que você esteve num estado “para cima”.

Como você se sentia na época?

Por favor, responda a todas estas questões, independente do seu estado atual.

Em tal estado:

1. Preciso de menos sono.
 Sim Não
2. Eu me sinto com mais energia e mais ativo(a).
Sim Não
3. Fico mais autoconfiante.
 Sim Não
4. Me entusiasmo mais com meu trabalho.
 Sim Não
5. Fico mais sociável (faço mais ligações telefônicas, saio mais).
Sim Não
6. Quero viajar ou viajo mais.
Sim Não
7. Tenho tendência a dirigir mais rápido ou a me arriscar mais enquanto dirijo.
Sim Não
8. Gasto mais ou gasto dinheiro demais.
Sim Não
9. Me arrisco mais em minha vida diária (no meu trabalho e/ou outras
atividades).
Sim Não
10. Fico mais ativo(a) fisicamente (esporte, etc.).
Sim Não
11. Planejo mais atividades e projetos.
Sim Não
12. Tenho mais idéias, fico mais criativo(a).
 Sim Não
13. Fico menos tímido(a) ou inibido(a).
Sim Não

14. Uso roupas/maquiagem mais coloridas e extravagantes.
- Sim Não
15. Quero me encontrar ou de fato me encontro com mais pessoas.
- Sim Não
16. Fico mais interessado(a) em sexo e/ou tenho desejo sexual aumentado.
- Sim Não
17. Paquero mais e/ou fico mais ativo(a) sexualmente.
- Sim Não
18. Falo mais.
- Sim Não
19. Penso mais rápido.
- Sim Não
20. Faço mais piadas ou trocadilhos quando falo.
- Sim Não
21. Eu me distraio com mais facilidade.
- Sim Não
22. Eu me envolvo em muitas coisas novas.
- Sim Não
23. Meus pensamentos pulam de assunto rapidamente.
- Sim Não
24. Faço coisas mais rapidamente e/ou com maior facilidade.
- Sim Não
25. Fico mais impaciente e/ou fico irritado(a) mais facilmente.
- Sim Não
26. Posso ser cansativo(a) ou irritante para os outros.
- Sim Não

27. Eu me envolvo em mais discussões e disputas.

Sim Não

28. Meu humor fica melhor, mais otimista.

Sim Não

29. Bebo mais café.

Sim Não

30. Fumo mais cigarros.

Sim Não

31. Bebo mais álcool.

Sim Não

32. Uso mais drogas (sedativos, tranqüilizantes, estimulantes, entre outros).

Sim Não

4. Impacto dos seus “altos” em vários aspectos de sua vida:

Vida familiar positivo e negativo

positivo

negativo

nenhum impacto

Vida social positivo e negativo

positivo

negativo

nenhum impacto

Trabalho positivo e negativo

positivo

negativo

nenhum impacto

Recreação positivo e negativo

positivo

negativo

nenhum impacto

5. Reação e comentários das pessoas sobre seus “altos”:

Como as pessoas próximas a você reagiram ou comentaram seus “altos”?

- Positivamente (encorajando ou apoiando)
- Neutros
- Negativamente (preocupadas, aborrecidas, irritadas, críticas)
- Positivamente e negativamente
- Nenhuma reação

6. Via de regra, qual foi a duração de seus “altos” (em média):

- 1 dia
- 2 – 3 dias
- 4 – 7 dias
- maior que 1 semana
- maior que 1 mês
- não posso julgar / não sei

7. Você sentiu tais “altos” durante o último ano?

- Sim
- Não

8. Se sim, por favor, calcule quantos dias você passou nestes “altos” durante os últimos doze meses.

Levando todos os dias em conta foram cerca de dias.

ANEXO 5

Questionário de Dados Sociodemográficos (QSD)

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

1. DATA DA AVALIAÇÃO:

2. NOME DO PACIENTE:

3. ENDEREÇO:

4. TELEFONES PARA CONTATO:

Residencial: _____

Comercial: _____

Celular / BIP: _____ código: _____

Recados: _____ falar com: _____

5. RAÇA:

1 - branca

4 - amarela

2 - negra

5 - outra

3 - parda

6 - não disponível

6. IDADE:

7. DATA DE NASCIMENTO

8. SITUAÇÃO AMOROSA NO MOMENTO:

() moro com um parceiro(a) sexual há _____ anos e _____ meses

() namoro há _____ anos e _____ meses

() não estou envolvido(a) em nenhum relacionamento amoroso há _____ anos e _____ meses

9. Nº DE FILHOS VIVO:

10. OPÇÃO SEXUAL:

1 - homossexual

2 - heterossexual

3 - bissexual

11. SITUAÇÃO PROFISSIONAL (ÚLTIMOS 30 DIAS):

- 1 – trabalha 30 horas semanais ou mais
- 2 – trabalha menos que 30 horas semanais
- 3 – estudante
- 4 – prendas domésticas
- 5 – desempregado
- 6 – aposentado

12. PROFISSÃO:

Especificar: _____

- 1 – Altos executivos, profissionais liberais (médico, advogado, engenheiro, psicólogo, dentista, professor universitário, etc.)
- 2 – Gerentes ou proprietários de empresa média (mais de 20 funcionários), profissionais médios (professor de ensino fundamental e médio, enfermeiro, assistente social, etc.)
- 3 – Cargos administrativos (sem curso superior), gerente ou proprietário de pequena empresa (padarias, restaurantes, venda de automóveis, agente de viagens, etc.)
- 4 – Nível técnico, ofício religioso, vendas, bancário, secretária, etc.
- 5 – Curso profissionalizante (não exige ensino médio), cabeleireiro, manicure, padeiro, mecânico, policiais, bombeiro, encanador, alfaiate, etc.)
- 6 – Semi-especializado, auxiliar de enfermagem, pedreiro, garçom, motorista, vigilante, operador de maquinário
- 7 – Não especializado: zelador, ajudante de pedreiro, porteiro, serviços gerais
- 8 – estudante

13. PROFISSÃO EXERCIDA NOS ÚLTIMOS 6 MESES: _____

Obs.: em caso de mais de uma considerar a mais recente

14. RENDA MENSAL FAMILIAR MÉDIA ÚLTIMOS 12 MESES:

ÍNDICES DA MORADIA (ESPECIFICAR Nº):

15. Habitantes

16. Cômodos (quartos, salas e cozinha, excluir banheiros)

17. Banheiros

18. Automóvel de passeio

19. TV a cores

20. Empregada mensalista

21. Aparelho de som

22. Máquina de lavar

23. Vídeo cassete ou DVD

24. Micro-computador

25. Geladeira e/ ou freezer

26. Forno de microondas

27. GRAU DE INSTRUÇÃO:

1 – analfabeto

2 - primário incompleto

3 - primário completo

4 - ginásio incompleto

5 - ginásio completo

6 - segundo grau incompleto

7 - segundo grau completo

8 - superior incompleto

9 - superior completo

28. NÚMERO DE ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL:

29. GRAU DE INSTRUÇÃO DO PAI:

5 - Freqüentador assíduo (mais que uma vez por semana)

USO DE OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

36. Você já fez ou faz tratamento para algum outro problema emocional?

DIAGNÓSTICO:

1. Alcoolismo
2. Tabagismo
4. Farmacodependência
8. Depressão
16. Transtorno Afetivo Bipolar
32. Transtorno de Ansiedade Generalizada
64. Transtorno do Pânico
128. Transtorno Obsessivo Compulsivo
256. Anorexia Nervosa
512. Bulimia Nervosa
1024. Outros: _____
98. Não Houve

Obs.: no caso de haver mais de um tipo de diagnóstico, deve-se somá-los. Ex.:
alcoolismo + bulimia = 1 + 256 = 257

37. TIPO DE TRATAMENTO:

- 1 - ambulatorial
- 2 - internação psiquiátrica
- 4 - psicoterapia
- 8 - religioso
- 16 - alternativos
- 98 - não houve

Obs.: no caso de haver mais de um tipo de tratamento, deve-se somá-los. Ex.:
ambulatorial + psicoterapia = 1 + 4 = 5

Anexo 6

O próximo questionário apresenta frases afirmativas que as pessoas usam para descrever suas atitudes, opiniões, interesses e outros sentimentos pessoais.

Após a leitura de cada frase você deve responder **Verdadeiro** se a mesma descrever uma característica sua ou **Falso** se você achar que a frase não descreve uma característica sua.

Tente responder de acordo com como você é normalmente e não como você se sente apenas neste momento.

Se você tiver qualquer dúvida quanto a forma de preenchimento deste questionário ou se não souber o significado de alguma palavra contida nele, o examinador terá prazer em auxiliá-lo. Leia cuidadosamente cada frase, responda com sinceridade, mas não demore muito para respondê-las. É importante que você responda a todas as questões, mesmo que em algumas você não tenha muita certeza da resposta. E lembre-se, *estamos interessados na sua opinião, portanto não existem respostas certas ou erradas.*

Obrigado por sua colaboração

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
1 - Muitas vezes tento coisas novas apenas por divertimento ou emoção, mesmo que a maioria das pessoas ache isso uma perda de tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Em geral sou confiante que tudo vai dar certo, mesmo em situações que deixam muitas pessoas preocupadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - Muitas vezes fico profundamente comovido por uma fala delicada ou por uma poesia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Muitas vezes sinto que sou vítima das circunstâncias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Em geral consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando são muito diferentes de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Acredito que milagres acontecem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - Gosto de me vingar de quem me agride.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - Muitas vezes, quando estou concentrado em alguma coisa, perco a noção da passagem do tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Muitas vezes sinto que minha vida tem pouco propósito ou sentido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 - Gosto de ajudar a encontrar soluções para problemas para que todo mundo possa seguir em frente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 - Eu provavelmente conseguiria realizar mais do que faço, mas não vejo finalidade para me esforçar mais do que o necessário para ir levando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações novas, mesmo quando os outros acham que há pouco com o que se preocupar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
13 - Muitas vezes faço as coisas baseado em como me sinto no momento, sem pensar em como elas eram feitas no passado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 - Geralmente faço as coisas à minha maneira — ao contrário de ceder às vontades das outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 - Muitas vezes me sinto tão ligado às pessoas ao meu redor que é como se não houvesse separação entre nós.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 - Em geral não gosto de pessoas que tenham idéias diferentes de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 - Na maioria das situações minhas reações naturais são baseadas em bons hábitos que eu tenha desenvolvido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 - Eu faria praticamente qualquer coisa dentro da lei para me tornar rico e famoso, mesmo que perdesse a confiança de muitos dos velhos amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 - Sou muito mais reservado e controlado do que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 - Com frequência tenho que parar o que estou fazendo porque começo a me preocupar sobre o que pode estar errado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 - Gosto de discutir abertamente minhas experiências e sentimentos com meus amigos ao invés de guardá-los comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 - Tenho menos energia e me canso mais rapidamente do que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 - Muitas vezes sou chamado de “distraído”, pois fico tão envolvido no que estou fazendo que perco de vista todo o resto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 - Raramente me sinto livre para escolher o que quero fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
25 – Muitas vezes levo em consideração os sentimentos dos outros tanto quanto os meus próprios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 - Na maior parte do tempo eu preferiria fazer alguma coisa um pouco arriscada (como correr de automóvel em descidas muito altas e curvas fechadas) ao contrário de ficar quieto e inativo por algumas horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 - Muitas vezes evito encontrar estranhos porque fico inseguro com pessoas que não conheço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 - Gosto de agradar os outros o tanto quanto posso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 - Gosto muito mais das maneiras “antigas e comprovadas” de fazer as coisas do que experimentar maneiras “novas e melhoradas”.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 - Em geral não sou capaz de fazer as coisas segundo a prioridade que elas têm para mim devido à falta de tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31 - Frequentemente faço coisas para ajudar a proteger animais e plantas da extinção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 - Muitas vezes gostaria de ser mais esperto que todos os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33 - Me dá satisfação ver meus inimigos sofrerem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 - Gosto de ser muito organizado e, sempre que posso, estabelecer		

regras para as pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 - É difícil para mim manter os mesmos interesses por muito tempo porque minha atenção frequentemente se desloca para outras coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 - Pela repetição de certas práticas adquiri bons hábitos que são mais fortes que muitos impulsos momentâneos ou que a persuasão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
37 - Em geral sou tão determinado que continuo a trabalhar muito depois de várias pessoas terem desistido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 - Fico fascinado por muitas coisas na vida que não podem ser explicadas cientificamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39 - Tenho inúmeros maus hábitos que gostaria de poder superar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40 - Muitas vezes espero que alguém providencie uma solução para meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41 - Com frequência gasto dinheiro até “ficar liso” ou então ficar cheio de dívidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42 - Acho que terei muita sorte no futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43 - Recupero-me mais devagar de pequenas doenças ou do estresse do que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44 - Não me aborreceria de ficar sozinho o tempo todo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45 - Muitas vezes tenho lampejos inesperados da clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46 - Não me importa muito se os outros gostam de mim ou da maneira como faço as coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47 - Em geral tento conseguir o que quero para mim mesmo pois, de qualquer modo, não é possível satisfazer a todos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48 - Não tenho paciência com pessoas que não aceitam minhas opiniões.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49 - Acho que não compreendo muito bem as pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50 - Não é preciso ser desonesto para ter sucesso nos negócios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
51 - Algumas vezes me sinto tão ligado à natureza que tudo parece fazer parte de um único organismo vivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52 - Nas conversas me saio muito melhor ouvindo do que falando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53 - Perco a paciência mais depressa do que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54 - Quando tenho que encontrar um grupo de estranhos, fico mais tímido que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55 - Sou mais sentimental que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56 - Pareço ter um “sexto sentido” que algumas vezes me permite saber o que está para acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57 - Quando alguém me machuca de alguma forma, geralmente tento revidar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58 - Minhas atitudes são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59 - A cada dia procuro dar mais um passo em direção aos meus objetivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60 - Muitas vezes gostaria de ser mais forte do que todos os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61 - Gosto de pensar a respeito das coisas por um longo tempo antes de tomar uma decisão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62 - Sou mais trabalhador do que muita gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63 - Muitas vezes preciso tirar um cochilo ou um período de descanso extra, pois me canso facilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64 - Gosto de ser útil aos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
65 - Mesmo que exista algum problema temporário que eu precise resolver, eu sempre acho que tudo acabará bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66 - É difícil para mim gostar de gastar dinheiro comigo, mesmo tendo economizado bastante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67 - Em geral fico calmo e seguro em situações que para muitas pessoas representariam perigo físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68 - Gosto de guardar meus problemas para mim mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69 - Não me importo em discutir meus problemas pessoais com pessoas que conheci há pouco tempo ou superficialmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70 - Gosto mais de ficar em casa do que viajar ou conhecer novos lugares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71 - Não acho que seja inteligente ajudar pessoas fracas que não podem ajudar a si mesmas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72 - Não consigo ficar com a consciência tranquila se eu tratar outras pessoas injustamente, mesmo que sejam injustas comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73 - As pessoas geralmente me dizem como se sentem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74 - Muitas vezes gostaria de ficar jovem para sempre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75 - Normalmente fico mais aborrecido pela perda de um grande amigo do que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76 - Algumas vezes me senti como se fizesse parte de algo sem limites ou fronteiras no tempo e no espaço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77 - Algumas vezes sinto uma ligação espiritual com outras pessoas que não posso explicar em palavras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
78 - Tento ser atencioso aos sentimentos dos outros, mesmo que eles tenham sido injustos comigo no passado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79 - Gosto quando as pessoas podem fazer tudo o que querem sem regras rígidas ou regulamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80 - Provavelmente ficaria descontraído e seguro ao encontrar um grupo de estranhos, mesmo se eu fosse comunicado que eles não eram cordiais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81 - Normalmente fico mais preocupado que alguma coisa possa dar		

errado no futuro do que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82 - Em geral penso sobre todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83 - Acho mais importante ser simpático e compreensivo com os outros do que ser prático e racional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84 - Muitas vezes sinto uma forte sensação de unidade com tudo que está ao meu redor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85 - Muitas vezes gostaria de ter poderes especiais como o Super-Homem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86 - As pessoas me controlam demais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87 - Gosto de compartilhar o que aprendi com outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88 - As experiências religiosas me ajudaram a compreender o verdadeiro propósito de minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89 - Frequentemente aprendo muito com as pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90 - A repetição de certas práticas tem me permitido ficar bom em muitas coisas que me ajudam a ser bem sucedido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
91 - Em geral consigo fazer os outros acreditarem em mim, mesmo quando sei que o que estou dizendo é exagerado ou mentiroso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92 - Preciso de muito descanso extra, de apoio ou de que me transmitam confiança para me recuperar de pequenas doenças ou tensões.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93 - Sei que há regras no modo de viver que ninguém pode violar sem que venha a sofrer mais tarde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94 - Não quero ser mais rico do que todos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95 - Eu arriscaria de bom grado a própria vida para fazer do mundo um lugar melhor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96 - Mesmo depois de pensar a respeito de alguma coisa por um longo tempo, aprendi a confiar mais nos meus sentimentos do que em minhas razões lógicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97 - Algumas vezes senti que minha vida estava sendo dirigida por uma força espiritual maior do que qualquer ser humano.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98 - Em geral gosto de ser mau com quem foi mau comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99 - Tenho reputação de ser muito prático e de não agir pelas emoções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100 - É fácil para mim organizar meus pensamentos enquanto falo com alguém.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101 - Muitas vezes reajo tão fortemente à notícias inesperadas que digo ou faço coisas de que me arrependo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102 - Fico profundamente comovido por apelos sentimentais (por exemplo, quando me pedem para ajudar crianças aleijadas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
103 - Normalmente me esforço muito mais do que a maioria das pessoas, pois quero sempre fazer o melhor de que sou capaz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
104 - Tenho tantos defeitos que não gosto muito de mim.		

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105 - Tenho pouquíssimo tempo para procurar soluções a longo prazo para meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106 - Muitas vezes não posso lidar com os problemas porque não sei o que fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107 - Muitas vezes gostaria de poder parar o tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108 - Odeio tomar decisões baseadas somente em minhas primeiras impressões.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109 - Prefiro gastar dinheiro do que economizá-lo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110 - Normalmente tenho facilidade em exagerar a verdade para contar uma história mais engraçada ou fazer uma piada com alguém.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111 - Mesmo havendo problemas numa amizade, quase sempre tento mantê-la apesar de tudo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112 - Se eu ficar embaraçado ou humilhado, supero isso rapidamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113 - É extremamente difícil ajustar-me a mudanças em minha forma costumeira de fazer as coisas porque fico muito tenso, cansado ou preocupado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114 - Normalmente exijo razões práticas muito boas antes de aceitar mudar minhas antigas maneiras de fazer as coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115 - Preciso muito da ajuda dos outros para me treinar a adquirir bons hábitos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
116 - Acho que percepção extrasensorial (PES, como telepatia ou premonição) é realmente possível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117 - Gostaria de ter amigos próximos e calorosos ao meu lado a maior parte do tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118 - Com frequência fico tentando a mesma coisa repetidas vezes, mesmo não tendo tido muito sucesso por um longo tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119 - Quase sempre estou relaxado e despreocupado, mesmo quando quase todos estão com medo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120 - Acho filmes e canções tristes um tanto chatos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121 - As circunstâncias muitas vezes me forçam a fazer coisas contra a minha vontade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122 - Sinto dificuldade em tolerar pessoas que sejam diferentes de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123 - Acho que a maioria das coisas tidas como milagres são apenas acaso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124 - Eu gostaria mais de ser gentil do que me vingar quando alguém me agride.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125 - Muitas vezes fico tão encantado com o que estou fazendo que fico totalmente concentrado naquilo — é como se eu estivesse “desligado” do tempo e do espaço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
126 - Não acho que eu tenha um verdadeiro sentido de objetivo para minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
127 - Tento cooperar com os outros tanto quanto é possível.		

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128 - Estou satisfeito com as minhas realizações e tenho pouco desejo de fazer melhor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
129 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações desconhecidas, mesmo quando os outros acham que não há risco algum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
130 - Muitas vezes sigo meus instintos, palpites ou intuições sem examinar completamente todos os detalhes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131 - As outras pessoas muitas vezes acham que sou independente demais porque não faço o que elas querem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
132 - Muitas vezes sinto uma forte ligação espiritual ou emocional com todos que me cercam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
133 - Em geral é fácil para mim gostar de pessoas que tenham valores diferentes dos meus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
134 - Tento trabalhar o mínimo possível, mesmo quando os outros esperam mais de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
135 - Ter bons hábitos tornou-se uma “segunda natureza” em mim — eles são ações espontâneas e automáticas quase que o tempo todo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
136 - Não me preocupa o fato de que, muitas vezes, os outros sabem mais do que eu a respeito de alguma coisa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
137 - Em geral tento me imaginar no lugar da outra pessoa, para poder realmente compreendê-la.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
138 - Princípios como justiça e honestidade desempenham papel pequeno em alguns aspectos da minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
139 - Sei economizar dinheiro melhor que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
140 - Raramente deixo-me aborrecer ou frustrar: quando as coisas não vão bem, simplesmente passo para outras atividades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
141 - Mesmo quando os outros acham que isso não é importante, frequentemente insisto em fazer as coisas de modo rigoroso e ordeiro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
142 - Sinto-me muito confiante e seguro em quase todas as situações sociais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
143 - Meus amigos têm dificuldades em saber como me sinto porque raramente lhes falo a respeito das minhas opiniões pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
144 - Odeio mudar meu modo de fazer as coisas, mesmo se muita gente me diz que há um modo novo e melhor de fazê-las.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
145 - Acho tolice acreditar em coisas que não podem ser explicadas cientificamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
146 - Gosto de imaginar meus inimigos sofrendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
147 - Tenho mais energia e demoro mais a cansar do que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
148 - Gosto de prestar muita atenção aos detalhes em tudo o que faço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
149 – Muitas vezes paro o que estou fazendo porque fico preocupado, mesmo quando meus amigos me dizem que tudo vai dar certo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
150 - Muitas vezes gostaria de ser mais poderoso do que todo mundo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

151 - Em geral sou livre para escolher o que vou fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
152 - Com frequência fico tão envolvido no que estou fazendo que, por algum tempo, esqueço de onde estou .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
153 - Membros de uma equipe raramente recebem sua parte justa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
154 - Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa arriscada (como saltar de pára-quedas ou voar de asa delta) do que ficar quieto e inativo por algumas horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
155 - Como eu, frequentemente, gasto muito dinheiro impulsivamente, fica difícil para mim economizar dinheiro, mesmo para algum projeto especial como umas férias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
156 - Não saio do meu caminho para favorecer outra pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
157 - Não fico tímido com estranhos de jeito nenhum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
158 - Frequentemente cedo aos desejos dos amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
159 - Gasto a maior parte do tempo fazendo coisas que parecem necessárias mas não realmente importantes para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
160 - Não acho que princípios religiosos ou éticos acerca do que é certo ou errado devam ter muita influência em decisões de negócio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
161 - Muitas vezes tento colocar de lado meus próprios julgamentos, de modo que eu consiga compreender melhor o que as outras pessoas estão vivenciando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
162 - Muitos dos meus hábitos tornam difícil para mim realizar objetivos que valem a pena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
163 - Tenho feito verdadeiros sacrifícios pessoais com a intenção de fazer do mundo um lugar melhor — como tentar evitar guerras, pobreza e injustiças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
164 - Nunca me preocupo com coisas terríveis que poderiam acontecer no futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
165 - Quase nunca fico tão agitado a ponto de perder o controle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
166 - Muitas vezes desisto de um trabalho se ele demora muito mais do que pensei que fosse demorar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
167 - Prefiro começar uma conversa do que ficar esperando que os outros falem comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
168 - Na maior parte do tempo perdôo logo qualquer um que tenha agido errado comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
169 - As minhas ações são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
170 - Muitas vezes tenho de mudar minhas decisões, porque eu tivera um palpite falso ou me enganara em minha primeira impressão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
171 - Prefiro esperar que alguém tome a iniciativa e indique o modo de fazer as coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
172 - Em geral respeito as opiniões dos outros.		

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
173 - Tive algumas experiências que tornaram meu papel na vida tão claro para mim que me senti muito entusiasmado e feliz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
174 - Me divirto em comprar coisas para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
175 - Acredito ter eu mesmo experimentado a percepção extrasensorial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
176 - Acredito que meu cérebro não esteja funcionando adequadamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
177 - Meu comportamento é fortemente guiado por certos objetivos que estabeleci para minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
178 - De modo geral é tolice promover o sucesso de outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
179 - Muitas vezes gostaria de poder viver para sempre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
180 - Normalmente gosto de ficar indiferente e “desligado” das outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
181 - É mais provável eu chorar em um filme triste do que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
182 - Recupero-me de pequenas doenças ou estresse mais rapidamente do que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
183 - Muitas vezes quebro regras e regulamentos quando acho que posso me safar bem disso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
184 - Preciso exercitar muito mais o desenvolvimento de bons hábitos antes que seja capaz de confiar em mim mesmo em diversas situações tentadoras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
185 - Gostaria que as pessoas não falassem tanto quanto falam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
186 - Todos deveriam ser tratados com dignidade e respeito, mesmo que eles pareçam ser insignificantes ou maus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
187 - Gosto de tomar decisões rápidas para que eu possa levar adiante o que tem que ser feito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
188 - Em geral tenho sorte em tudo o que tento fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
189 - Em geral, estou certo de que posso facilmente fazer coisas que muitas pessoas considerariam perigosas (como, por exemplo, dirigir um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

automóvel em alta velocidade numa pista molhada ou escorregadia).		
---	--	--

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
190 – Não vejo sentido em continuar trabalhando em algo a não ser que haja uma grande possibilidade de que dê certo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
191 – Gosto de explorar novas maneiras de fazer as coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
192 – Gosto mais de economizar dinheiro do que gastá-lo com divertimentos ou emoções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
193 – Os direitos individuais são mais importantes do que as necessidades de qualquer grupo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
194 – Já tive experiências pessoais nas quais me senti em contato com um poder espiritual divino e maravilhoso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
195 – Já tive momentos de muita alegria nos quais subitamente tive uma sensação clara e profunda de estar intimamente ligado a tudo o que existe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
196 – Bons hábitos tornam mais fácil para mim fazer as coisas da maneira que quero.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
197 – A maioria das pessoas parecem mais desembaraçadas do que eu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
198 – Os outros e as circunstâncias, muitas vezes, são os responsáveis por meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
199 – Tenho muito prazer em ajudar os outros, mesmo que eles tenham me tratado mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
200 – Muitas vezes me sinto como parte da força espiritual da qual depende toda a vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
201 – Mesmo quando estou com amigos, prefiro “não me abrir muito”.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
202 – Em geral posso ficar ocupado o dia inteiro sem Ter que me forçar a isso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
203 – Quase sempre penso a respeito de todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão, mesmo quando as pessoas exigem uma decisão rápida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

204 – Não sou muito bom em me justificar para me livrar das enrascadas quando sou apanhado fazendo algo errado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
205 – Sou mais perfeccionista que a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
206 – O fato de algo estar certo ou errado é apenas uma questão de opinião.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
207 – Acho que minhas reações naturais são agora, em geral, condizentes com meus princípios e meus objetivos de longo prazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
208 – Acredito que toda vida depende de algum poder ou ordem espiritual que não pode ser completamente explicada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
209 – Acho que eu ficaria confiante e relaxado ao encontrar estranhos, mesmo se eu fosse informado que eles estão zangados comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
210 – As pessoas acham fácil recorrer a mim em busca de ajuda, apoio e um “ombro amigo”.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
211 – Demoro mais que a maioria das pessoas para me empolgar com novas idéias e atividades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
212 – Tenho problemas em mentir, mesmo quando pretendo poupar os sentimentos de alguém.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
213 – Existem algumas pessoas de quem eu não gosto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
214 – Não quero ser mais admirado do que todos os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
215 – Muitas vezes quando olho alguma coisa comum, ocorre algo maravilhoso — tenho a sensação de estar vendo essa novidade pela primeira vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
216 – A maioria das pessoas que conheço preocupam-se apenas com elas mesmas, não importa quem fique ferido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
217 – Em geral me sinto tenso e preocupado quando tenho que fazer algo novo e desconhecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
218 – Muitas vezes me esforço ao ponto da exaustão ou tento fazer mais do que realmente posso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
219 – Algumas pessoas acham que eu sou muito avarento ou pão-duro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

com meu dinheiro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
220 – Relatos de experiências místicas são provavelmente apenas interpretações de desejos ou esperanças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
221 – Minha força de vontade é fraca demais para vencer as fortes tentações mesmo sabendo que sofrerei as conseqüências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
222 – Odeio ver alguém sofrer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
223 – Sei o que quero fazer na minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
224 – Regularmente levo um tempo considerável avaliando se o que estou fazendo é certo ou errado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
225 – As coisas costumam dar errado para mim a menos que eu seja muito cuidadoso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
226 – Se estou me sentindo aborrecido, em geral me sinto melhor ao redor de amigos do que sozinho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
227 - Não acho que seja possível compartilhar sentimentos com alguém que não tenha passado pelas mesmas experiências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
228 - Muitas vezes as pessoas acham que estou em outro mundo porque fico completamente desligado de tudo que está acontecendo ao meu redor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
229 - Gostaria de ter aparência melhor do que todos os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
230 - Menti bastante nesse questionário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
231 - Geralmente evito situações sociais onde teria que encontrar estranhos, mesmo se estou seguro de que eles serão amigáveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
232 - Adoro o desabrochar das flores na primavera tanto quanto adoro rever um velho amigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
233 - Em geral encaro uma situação difícil como um desafio ou oportunidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
234 - As pessoas envolvidas comigo precisam aprender como fazer as coisas do meu modo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
235 - A desonestidade só causa problemas se você for apanhado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

236 - Em geral me sinto muito mais confiante e com energia do que a maioria das pessoas, mesmo depois de uma pequena doença ou estresse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
237 - Gosto de ler tudo quando me pedem para assinar qualquer papel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
238 - Quando nada de novo está acontecendo, geralmente, começo a procurar algo que seja emocionante ou excitante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
239 - Às vezes fico aborrecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
240 - De vez em quando falo das pessoas “por trás”.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 7

Escala de Satisfação com a Vida (Diener et al., 1985; Gouveia et al., 2005)

INSTRUÇÕES: Abaixo há cinco afirmativas coma as quais você pode concordar ou discordar. Usando a escala de 1 a 7 abaixo, indique o quanto você concorda ou não com cada afirmação, colocando o número que melhor corresponde à sua opinião na frente da afirmativa. Por favor, responda com sinceridade.

1. DISCORDO FORTEMENTE
2. DISCORDO
3. DISCORDO LIGEIRAMENTE
4. NEM CONCORDO, NEM DISCORDO
5. CONCORDO LIGEIRAMENTE
6. CONCORDO
7. CONCORDO FORTEMENTE

.....1. Sob a maioria dos aspectos, minha vida está perto do ideal

.....2. As condições da minha vida são excelentes

.....3. Eu estou satisfeito(a) com minha vida

.....4. Até agora eu consegui as coisas importantes que eu queria da vida.

.....5. Se eu pudesse viver minha vida de novo, eu não mudaria quase nada.

ANEXO 8

Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) (Albuquerque et al., 2004)

Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentindo ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Ultimamente tenho me sentido....

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. aflito..... | 27. impaciente..... |
| 2. alarmado..... | 28. receoso..... |
| 3. amável..... | 29. entusiasmado..... |
| 4. ativo..... | 30. desanimado..... |
| 5. angustiado..... | 31. ansioso..... |
| 6. agradável..... | 32. indeciso..... |
| 7. alegre..... | 33. abatido..... |
| 8. apreensivo..... | 34. amedrontado..... |
| 9. preocupado..... | 35. aborrecido..... |
| 10. disposto..... | 36. agressivo..... |
| 11. contente..... | 37. estimulado..... |
| 12. irritado..... | 38. incomodado..... |
| 13. deprimido..... | 39. bem..... |
| 14. interessado..... | 40. nervoso..... |

- | | | |
|-----|-------------------|-----------------------|
| 15. | entediado..... | 41. empolgado..... |
| 16. | atento..... | 42. vigoroso..... |
| 17. | transtornado..... | 43. inspirado..... |
| 18. | animado..... | 44. tenso..... |
| 19. | determinado..... | 45. triste..... |
| 20. | chateado..... | 46. agitado..... |
| 21. | decidido..... | 47. envergonhado..... |
| 22. | seguro..... | |
| 23. | assustado..... | |
| 24. | dinâmico..... | |
| 25. | engajado..... | |
| 26. | produtivo..... | |

ANEXO 9

SF-36 (Ciconelli et al., 1999)

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1 - Em geral você diria que sua saúde é:

(Circule uma)

- Excelente 1
- Muito Boa 2
- Boa 3
- Ruim 4
- Muito Ruim 5

2 - Comparada há 1 ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(Circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás 1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2
- Quase a mesma de um ano atrás 3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4
- Muito pior agora do que há um ano atrás 5

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim	Sim	Não.	Não
------------	-----	-----	------	-----

	dificulta muito	dificulta um pouco	dificulta de modo algum
a - Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b – Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c - Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d - Subir vários lances de escada	1	2	3
e – Subir um lance de escada	1	2	3
f – Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g – Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h – Andar vários quarteirões	1	2	3
i – Andar um quarteirão	1	2	3
j – Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a – Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b – Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c – Esteve limitado no seu trabalho ou em outras atividades?	1	2
d – Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades? (necessitou de um esforço extra?)	1	2

5 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a – Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b – Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c – Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6 – Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(Circule uma)

- De forma nenhuma 1
- Ligeiramente 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5

7 – Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(Circule uma)

- Nenhuma 1
- Muito Leve 2
- Leve 3
- Moderada 4
- Grave 5
- Muito Grave 6

8 – Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(Circule uma)

- De maneira alguma 1
- Um pouco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5

9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

(Circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a - Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b – Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c - Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d - Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e - Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f - Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g- Quanto tempo você tem se						

sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h - Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I - Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 – Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(Circule uma)

- Todo o tempo 1
- A maior parte do tempo 2
- Alguma parte do tempo 3
- Uma pequena parte do tempo 4
- Nenhuma parte do tempo 5

11 – O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações

(Circule um número em cada linha)

	Definitiva mente verdadeir o	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiv mente falsa
a – Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b – Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c – Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d – Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. Referências bibliográficas:

- Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psico.: Teor Pesq.* 2004;20(2):153-64.
- Albuquerque FJB, Noriega JAV, Coelho JAPM, Neves MTS, Martins CR. Valores humanos básicos como preditores de bem-estar subjetivo. *Psico.* 2006;37(2):131-7.
- Allport G. *Psicologia de la personalidad.* (Personality: A psychological interpretation). Buenos Aires: Paidós; 1961.
- Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer T D, Skeppar P, Vieta E, Scott J. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord.* 2005;88:217–33.
- Ballas D, Dorling D. Measuring the impact of major life events upon happiness. *Int J Epidemiol.* 2007;36:1244:52.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:53-63.
- Berrios GE. European views on personality disorders: a conceptual history. *Compr Psychiatry.* 1993;34(1):14-30.
- Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med.* 2001;52:911-9.

- Bradburn, N. M. The structure of psychological well being. Chicago: Aldine Publishing; 1969.
- Brändström S, Richter J, Przybeck T. Distributions by age and sex of the dimensions of temperament and character inventory in a cross-cultural perspective among Sweden, Germany, and the USA. *Psychol Rep.* 2001;89(3):747-58.
- Burger JM, Caldwell DF. Personality, social activities, job search behavior and interview success: Distinguishing between PANAS trait positive affect and NEO extraversion. *Motiv Emot.* 2000;24:51-62.
- Campbell A. Subjective measures of well-being. *Am Psychol.* 1976;31(2):117-24
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Br
- Chapman BP, Duberstein PR, Sörensen S, Lyness JM. Gender Differences in Five Factor Model Personality Traits in an Elderly Cohort: Extension of Robust and Surprising Findings to an Older Generation. *Pers Individ Dif.* 2007;43(06):1594–603.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39:143-50.
- Clark AE, Oswald AJ. A simple statistical method for measuring how life events affect happiness. *Int J Epidemiol.* 2002;31:1139-44.

- Cloninger CR. A practical way to diagnosis personality disorders: A proposal. *J Pers Disord.* 2000;14(2):99-108.
- Cloninger CR. *Feeling good: the science of well-being.* Oxford University Press, New York, 2004.
- Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry.* 2006;5:71-6.
- Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM. Measurement of temperament and character in mood disorders: A model of fundamental states as personality types. *J Affect Disord.* 1998;51(1):21-32.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:975-90.
- Cloninger CR, Svrakic DM. Integrative psychobiological approach to psychiatry assessment and treatment. *Psychiatry.* 1997;60(2):120-41.
- Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affec Disord.* 2010;128(2011) 24–32.
- Costa PT, McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol.* 1980;54:296–308.
- McCrae RR, & Costa PT. Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol.* 1997;52:509-16.

- Constantino JN, Cloninger CR, Clarke AR, Hashemi B, Przybeck T. Application of the seven-factor model of personality to early childhood. *Psychiatry Res.* 2002;109(3):229-43
- Costa PT, McCrae RR. Revised NEO personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1985.
- Costa PT, Terracciano A, McCrae RR. Gender differences in Personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *J Pers Soc Psychol.* 2001;81:322–31.
- Cruess DG, Antoni MH, Gonzalez J, Fletcher MA, Klimas N, Duran R. Sleep disturbance mediates the association between psychological distress and immune status among HIV-positive men and women on combination antiretroviral therapy. *J Psychosom Res.* 2003;54:185–9.
- Csikszentmihalyi M. If we are so rich, why aren't we happy? *Am Psychol.* 1999;54:821-827.
- Deaton A. 2008. Income, health, and well-being around the world: Evidence from the Gallup World Poll. *J Econ Perspect.* 2008;22(2):53-72.
- DeNeve KM, Cooper H. The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychol Bull.* 1998;124:197-229.
- De Fruyt F, De Clercq BJ, van de Wiele L, Van Heeringen K. The validity of Cloninger's psychobiological model versus the Five-factor model to predict

- DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: domain facet and residualized facet descriptions. *J Pers.* 2006;74(2):479-510.
- Dhabhar FS, McEwen BS. Acute stress enhances while chronic stress suppresses cell-mediated immunity in vivo: A potential role for leukocyte trafficking. *Brain Behav Immun.* 1997;11:286–306.
- Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull.* 1984;95:542-75.
- Diener E. Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol.* 2000;55(1): 34-43.
- Diener E, Emmons RA. The independence of positive and negative affect. *J Pers Soc Psychol.* 1985;47:1105-17.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess.* 1985;49(1):71-5.
- Diener E, Horwitz J, Emmons RA. Happiness of the very wealthy. *Soc Indic Res.* 1985;16:263–74.
- Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annu Rev Psychol.* 2003;54:403–25.
- Diener E, Seligman MEP. Very happy people. *Psychol Sci.* 2002;13(1):81-84.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective Well-Being: Three decades of progress. *Psychol Bull.* 1999;125(2):276-302.

- Diener E, Suh EM, Oishi S. Recent findings on subjective well being. *Indian J Clin Psychol.* 1997;24(1):25-41.
- Steptoe A, Wardle J, Marmot M. Positive affect and health related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2005;102(18):6508-12.
- Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención a la salud, Ed. INSP/Fundo de Cultura Económica, Mexico, 1988.
- Donnellan MB, Larsen-Rife D, Conger RD. Personality, family history, and competence in early adult romantic relationships. *J Pers Soc Psychol.* 2005;88(3): 562-576.
- Easterling RA. Explaining happiness. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2003;100:11176-83.
- Easterling RA, McVey LA, Switek M, Sawangfa O, Zweig JS. The happiness–income paradox revisited. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2010;107(52): 22463-8.
- Eid M, Riemann R, Angleitner A, Borkenau P. Sociability and positive emotionality: Genetic and environmental contributions to the covariation between different facets of extraversion. *J Pers.* 2003;71(3):319-46.
- Ekman P. Are there basic emotions? *Psychol Rev.* 1992;99(3):550-3.

- Eldridge D, Dawber N, Gray R. A well-being support program for patients with severe mental illness: a service evaluation. 2011; BMC Psychiatry. 2011; 11: 46. Published online 2011 March 21. doi: 10.1186/1471-244X-11-46.
- Elliot AJ, Sheldon KM. Avoidance achievement motivation: A personal goals analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1997;73(1):171-85.
- Elliot AJ, Thrash TM. Approach-avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperaments and goals. *J Pers Soc Psychol.* 2002;82:804-18.
- Emmons RA. Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51:1058-1068.
- Eysenck HJ (1992). Four ways five factors are not basic. *Pers Individ Dif.* 1992;13:667-73.
- Farmer A, Mahmood A, Redman K et al. A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory in major depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:490-6.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of Recurrent Depression with Cognitive Behavioral Therapy. Preliminary Findings. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:816-20.
- Ferraz BR, Tavares H, Zilberman LM. Felicidade: Uma revisão. *Rev Psiq Clin.* 2007;34(5):234-42.
- Fresán A, Robles-García R, López-Avila A, Cloninger CR. Personality differences

according to age and sex in a Mexican sample using the Temperament and Character Inventory–Revised. *Compr Psychiatry*. 2010; doi:10.1016/j.comppsy.2010.11.003.

Froh JJ, Sefick WJ, Emmons RA. Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *J Sch Psycho*. 2008;46:213–33.

Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. O Inventário de temperamento e Caráter de Cloninger - Validação da Versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. 1ªed. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. v.1,p.363-76.

Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994; 272(8):619-26.

Golçalves DM, Kapczinski F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(6):1060-6

Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):380-90.

Gouveia VV, Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB. Measuring life satisfaction among physicians in Brazil. *J Bras Psiquiatr*. 2005; 54(4):298-305.

- Gray JA. Neural systems, emotion, and personality. In *Neurobiology of Learning, Emotion, and Affect*, ed. J Madden IV. New York: Raven; 1991. pp. 273–306.
- Green M, Elliot M. Religion, health, and psychological well-being. *J Relig Health*. 2010; 49(2):149-63.
- Guedea MTD, Albuquerque FJB, Troccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea LD. Relação Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicol Refl Crít*. 2006;19(2):301-8.
- Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care; a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10(2):231-41.
- Haring MJ, Stock WA, Okun MA. A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. *Hum Relat*. 1984;37: 645-57.
- Headey B, Wearing A. Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57:731-9.
- Heine SJ, Proulx T, Vohs KD. The meaning maintenance model: on the coherence of social motivations. *Personality and Social Psychology Review*. *Pers Soc Psychol Rev*. 2006;10(2):88-110.
- Helliwell J, Putnam RD. The social context of well-being. *Phil Trans R Soc Lond B*. 2004;359:1435–46.

- Hellerstein DJ, Kocsis JH, Chapman D, Stewart JW, Harrison W. Double-blind comparison of sertraline, imipramine and placebo in the treatment of dysthymia: effects on personality. *Am J Psychiatry*. 2000;157(9):1436-44.
- Houaiss A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. 1a ed. rev. Objetiva, Rio de Janeiro, 2004.
- Inglehart R, Basañez M, Diez-Medrano J, Halman L, Luijkx R. – *Human beliefs and values: a cross-cultural sourcebook based on the 1999-2002 Values Surveys*. Siglo XXI, Mexico City, 2004.
- Ingleman R, Klingemann HD. Genes, culture, democracy and happiness. In: Diener, E.; Suh, E.M. (eds.) *Culture and subjective well-being*. MIT Press, Cambridge; 2000. pp. 165-7.
- Islam G, Wills-Herrera E, Hamilton M. Objective and Subjective Indicators of Happiness in Brazil: The Mediating Role of Social Class. *J Soc Psychol*. 2009;149(2):267-71.
- Ito L, Gorenstein C, Gentil V, Miyakawa E. Minnesota Multiphasic Personality Inventory correlates of panic disorder with agoraphobia: changes with treatment. *Braz J Med Biol Res*. 1995;28(9):961-5.
- Ito PCP, Guzzo RSL. Diferenças individuais: Temperamento e personalidade; importância da teoria. *Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas*. 2002;19(1):91-100.

- Joffe RT, Bagby RM, Levitt AJ, Regan JJ, Parker JD. The tridimensional personality questionnaire in major depression. *Am J Psychiatry*. 1993;150(6):959-60.
- Johnson W, Krueger RF. How money buys happiness: genetic and environmental processes linking finances and life satisfaction. *J Pers Soc Psychol*. 2006;90(4):680-91.
- Josefsson K, Cloninger CR, Hintsanen M, Jokela M, Pulkki-Råback L, Keltikangas-Järvinen L. Associations of personality profiles with various aspects of well-being: A population-based study. *J Affec Disord*. 2011;133(1-2):265-73.
- Jorgensen MM, Zachariae R. Repressive coping style and autonomic reactions to two experimental stressors in healthy men and women. *Scand J Psychol*. 2006;47:137-48.
- Kahneman D, Krueger AB, Schkade D, Schwarz N, Stone AA. Would you be happier if you were richer? A focusing illusion. *Science*. 2006;30(5782):1908-10.
- Katon W. Depression: Relationship to somatization and medical chronic illness. *J Clin Psychiatry*. 1984;45:4-11.
- Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*. 1990; 51:3-11.
- Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CI, Ingram RE. Issues and recommendations regarding use of Beck Depression Inventory. *Cognit Ther Res*. 1987;11:289-99.

Kette G. Prison: A Social Psychological Analysis. 1991. Gottingen, Ger.: Hogrefe

Ladrado-Ignacio L, Climent CE, De Arango MV, Baltazar J. Research screening instruments as tools in training health workers for mental health care. *Trop Geogr Med.* 1983;35(1):1-7.

Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol.* 2002;82(6):1007-22.

Labott SM, Martin RB. Emotional coping, age, and physical disorder. *Behav Med.* 1990;16:53-61.

Land, K. C. Social indicators models: An overview. In K. C. Land & S. Spilerman (Eds.). *New York: Russell Sage Foundation; 1975. pp. 5-36.*

Lawrence RH, Liang J. Structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A: Race, sex, and age differences. *Psychol Aging.* 1988;3:375-84.

Lee EK, Lee J. Gender differences in predictors of mental health among older adults in South Korea. *Int J Aging Hum Dev.* 2011;72(3):207-23.

Lent RW, Singley D, Sheu HB, Gainor KA, Brenner BR, Treistman D, Ades L. Social cognitive predictors of domain and life satisfaction: Exploring the theoretical precursors of subjective well-being. *J Couns Psychol.* 2005;52:429-42.

- Lucas RE, Clark AE, Georgellis Y, Diener E. Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to change in marital status. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84:527-539.
- Lucas RE, Clark AE, Goergellis Y, Diener E. Unemployment alters the set-point for life satisfaction. *Psychol Sci.* 2004;15:8-13.
- Lucas RE, Diener E. Understanding extraverts' enjoyment of social situations: The importance of pleasantness. *J Pers Soc Psychol.* 2001;81(2):343-56
- Lucas RE, Fujita F. Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. *J Pers Soc Psychol.* 2000;79:1039-56.
- Lykken D, Tellegen A. - Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychol Sci.* 1996;7:180-9.
- Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ. Happiness as related to gender and health in early adolescents. *Clin Nurs Res.* 2005;14(2):175-90.
- Mari JJ, Willians P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986;148:23-6.
- Martínez M, García M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud.* 1994;6:55-74.
- McCrae RR, Costa PT. Adding Liebe und Arbeit: The full five-factor model and well-being. *Pers Soc Psychol Bull.* 1991;17:227-32.

- McCullough ME, Kilpatrick SD, Emmons RA, Larson DB. Is gratitude a moral affect? *Psychol Bull.* 2001;127:249–66.
- McDowell I. Measures of self-perceived well-being. *J Psychosom Res.* 2010;69:69–79.
- Mete C. Predictors of elderly mortality: health status, socioeconomic characteristics and social determinants of health. *Health Econ.* 2005;14:135-48.
- Miquelon P, Vallerand RJ. Goal Motives, Well-being, and Physical Health: Happiness and self-realization as psychological resources under challenge. *Motiv Emot.* 2006;30:259-72.
- Nes RB, Roysamb E, Tambs K, Harris JR, Reichborn-Kjennerud T. Subjective well-being: genetic and environmental contributions to stability and change. *Psychol Med.* 2006;36: 1033–42.
- Neter, J, Kutner, M. H., Neter, John, & Li, W. *Applied Linear Statistical Models* (Fourth Ed.); 1996. p. 1408.
- Noel PH, Williams JW Jr, Unützer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al. Depression and comorbidity illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *Ann Fam Med.* 2006;2(6):555-62.
- Ozer DJ, Benet-Martínez V. Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu Rev Psychol.* 2006;57:401-12.

Pasquali L. Os tipos humanos: A Teoria da Personalidade. Ed. CopyMarket.com; 2000.p.2-6.

Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *J Pers Assess.* 1991;57:149-61.

Phillips KA, Yen S, Gunderson JG. Transtornos de Personalidade. In: Hales RE, Yudofsky SC, editores *Tratado de psiquiatria clínica*. Tradução Claudia Dornelles, Cristina Monteiro, Ronaldo Cataldo Costa. 4a Edição. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.759-86.

Piqueras JÁ, Kuhne W, Vera-Villarroel P, Straten AV, Cuijers P. Happiness and health behaviors in Chilean college students: A cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2011; 11:443-53.

Raison CL, Miller AH. When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1554–1565.

Rodrigues A, Silva JA. O papel das características sociodemográficas na felicidade. *Psico-USF.* 2010;15(1):113-123.

Roysamb E, Reichborn-Kjennerud T, Neale MC, Harris JR. Happiness and healthy: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(6)1136-46.

- Ruini C, Fava GA. Well-Being Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychol.* 2009;65(5):510-9.
- Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55(1): 68-78.
- Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:141–66.
- Ryff CD. Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *Int J Behav Dev.* 1989;12(1):35-55.
- Ryff CD, Singer BH, Love GD. Positive health: connecting well-being with biology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2004;359(1449):1383-94.
- Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69(4):719-27.
- Salovey P, Rothman AJ, Detweiler JB, Steward WT. Emotional states and physical health. *Am Psychol.* 2000;55(1):110-21.
- Seligman M. *What you can change & what you can't.* New York: Knopf, 1994.
- Seligman, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology An Introduction. *Am Psychol.* 2000;55(1):5-14.
- Seligman M, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006;61(8):774–88.

- Sheldon KM, Ryan RM, Deci EL, Kasser T. The independent effects of goal contents and motives on Well-Being: It's both what you pursue and why you pursue it. *Pers Soc Psychol Bull.* 2004;30:475-86.
- Siqueira MMMM, Valquiria Aparecida Rossi Padovam VAR. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2008;24(2): 201-9.
- Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:26.
- Schneider K. Las Personalidades Psicopáticas y Problemas de Patopsicología y de Psiquiatria Clinica. Version española de los doctores Bartolome Llopis y Luis Valenciano. Segunda Edicion. Madrid: Ediciones Morata; 1948.
- Soares OT, Moreno DH, de Moura EC, Angst J, Moreno RA. Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(4):416-23.
- Sogaard AJ, Selmer R, Bjertness E, Thelle D. The Oslo healthy study: The impact of self-selection in a large population-based survey. *Int J Equity Health.* 2004;3(1):1-12.
- Steel P, Schmidt J, Shultz J. Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychol Bull.* 2008;143(1):138-61.

- Steptoe A, Dockry S, Wardle J. Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *J Pers.* 2009;77(6):1747-76.
- Suh E, Diener E, Fujita F. Events and subjective well-being: Only recent events matter. *J Pers Soc Psychol.* 1996;70:1091-102.
- Tavares H. Personalidade, temperamento e caráter. In: Busatto Filho G, editor. *Fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos.* São Paulo: Editora Ateneu; 2006. p.191-205.
- Tavares H, Martin SS, Lobo DS, Silveira CM, Gentil V, Hodgins DC. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(4): 433-38.
- Tomba E, Belaise C, Ottolini F, Ruini C, Bravi A, Albieri E, Rafanelli C, Caffo E, Fava GA. Differential effects of well-being promoting and anxiety-management strategies in a non-clinical school setting. *J Anxiety Disord.* 2010;24:326-33.
- Uzenoff SR, Brewer KC, Perkins DO, Johnson DP, Mueser KT, Penn DL. Psychological well-being among individuals with first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2010;4: 174–81.
- Veenhoven R. Questions on happiness; classical topics, modern answers, blindspots. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N, editors. *Subjective well being: an interdisciplinary perspective.* Oxford: Pergamon Press; 1991.p.7-26.

- Vohs KD, Mead NL, Goode MR. The psychological consequences of money. *Science*. 2006; 17;314(5802):1154-6.
- Ware JE, Sherbourne CD. The Medical Outcomes Study (MOS) 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
- Ware JE. SF-36 Health Survey Update. *Spine*. 2000;25:3130.
- Watson D. Mood and temperament. The Guilford Press, New York, 2000.
- Watson D, Clark LA. Negative Affectivity: the Disposition to Experience Aversive Emotional States. *Psychol Bull*. 1984;96:465-90.
- Watson D, Clark LA e Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *J Pers Soc Psychol*. 1988;54(6):1063-70.
- Watson D, Clark L. A. On traits and temperament – General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *J Pers*. 1992;60:441-76.
- Watson D, Clark LA. Extraversion and its positive emotional core. In R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds.). *Handbook of personality psychology*. San Diego: Academic Press; 1997. pp.767-93.

- Watson D, Walker LM. The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *J Pers Soc Psychol.* 1996;70(3):567-77.
- Wilson W. Correlates of avowed happiness. *Psychol Bull.* 1967;67:294–306
- World Health Organization. The first ten years of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 1958.
- Yik MSM, Russell JA. Predicting the big two of affect from the Big Five of Personality. *J Res Pers.* 2001;35:247-77.
- Zachariae R, Bjerring P, Zachariae C, Arendt-Nielsen L, Nielsen T, Eldrup E. Monocyte chemotactic activity in sera after hypnotically induced emotional states. *Scand J Immunol.* 1991;34:71–9.
- Zachariae R. Health and Disability Psychoneuroimmunology: A bio-psycho-social approach to health and disease. *Scand J Psychol.* 2009;50:645–51.