



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MILENE ZANONI DA SILVA VOSGERAU

**INDICADORES DE BEM-ESTAR EMOCIONAL E DOENÇAS
CRÔNICAS: ASSOCIAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DA
FELICIDADE, AMOR E BOM HUMOR À CONDIÇÃO DE
SAÚDE DE ADULTOS E IDOSOS DE MATINHOS, PARANÁ**

Londrina
2012

MILENE ZANONI DA SILVA VOSGERAU

**INDICADORES DE BEM-ESTAR EMOCIONAL E DOENÇAS
CRÔNICAS: ASSOCIAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DA
FELICIDADE, AMOR E BOM HUMOR À CONDIÇÃO DE
SAÚDE DE ADULTOS E IDOSOS DE MATINHOS, PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado
em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual
de Londrina, como requisito parcial à obtenção
do título de doutora.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Aparecido
Sarria Cabrera

Londrina
2012

Vosgerau, Milene Zanoni da Silva

Indicadores de bem-estar emocional e doenças crônicas: associação da autopercepção da felicidade, amor e bom humor à condição de saúde de adultos e idosos de Matinhos, Paraná/Milene Zanoni da Silva Vosgerau. Londrina, 2012. 201 f.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera

Tese (Doutorado) - Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina.

1. Felicidade. 2. Promoção da Saúde. 3. Epidemiologia. 4. Saúde Pública. 5. Doença Crônica. I. Título. II. Cabrera, Marcos Aparecido Sarria.

NLM: WA 100A474e

MILENE ZANONI DA SILVA VOSGERAU

**INDICADORES DE BEM-ESTAR EMOCIONAL E DOENÇAS
CRÔNICAS: ASSOCIAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DA FELICIDADE,
AMOR E BOM HUMOR À CONDIÇÃO DE SAÚDE DE ADULTOS E
IDOSOS DE MATINHOS, PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado
em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual
de Londrina, como requisito parcial à obtenção
do título de doutora.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera
UEL – Londrina – PR

Prof. Dra. Dione Lorena Tinti
UFPR – Paraná – PR

Prof. Dra. Elisabete de Fátima Polo de Almeida
Nunes
UEL – Londrina – PR

Prof. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza
UEL – Londrina – PR

Prof. Dr. José Roberto de Almeida
UEL – Londrina – PR

Londrina 16 de maio de 2012

À vida, processo mais criativo do universo, que quisera que eu entendesse por percursos diversos que o amor e a dor caminham juntos como um verso.

Aos meus queridos avós Nair (in memorian), Égdar, Hulda (in memorian) e Jordão,
pelo exemplo e amor.
Saudades.

Aos meus pais Rosi e Antonio Carlos, pessoas de bem, que me ensinaram amorosamente a acreditar que a vida vale a pena.

Ao Marcos, companheiro de todas as horas, por sempre me provar e lembrar disso quando meu coração esquece.

AGRADECIMENTOS

Como conseguir traduzir a grandeza de sentimentos como agradecimento, reconhecimento e gratidão em palavras? Como demonstrar o significado de ser verdadeira e profundamente grata a alguém?

Nesse momento de finalização do doutorado, apesar de estar certa que, mesmo com as palavras mais bonitas, seja indescritível manifestar a sinceridade e intensidade da minha gratidão, quero agradecer imensamente as pessoas que, direta ou indiretamente, tornaram os anos que cursei o doutorado uma das etapas mais positivas, construtivas e importantes da minha vida pessoal e profissional.

Agradecimento Especial

Ao meu orientador Marcos Cabrera, pessoa admirável e profissional inspirador, Por ter me aceitado como sua orientanda sem me conhecer; Por ter me acolhido com segurança e motivação, confiando em minhas ideias, antes mesmo de eu acreditar que poderiam dar certo; Por tornar 'meu' projeto de estudar a felicidade o 'seu' também,, com grande entusiasmo e competência;

Por me incentivar a sempre buscar o meu melhor; Por se empenhar para tornar possível as orientações, fosse em Londrina, em Curitiba, por telefone, e-mails ou skype; Pela prontidão e rapidez em ler meus escritos, mesmo com muita coisa para fazer; Por me dar foco, direção e objetividade, quando me senti perdida na coleta e análise de dados;

Por me apoiar e me compreender nos momentos de desespero e tristeza, com palavras de conforto e carinho;

E, principalmente, por me ensinar humildemente que cada um é do tamanho dos seus sonhos. Basta acreditar, trabalhar e esperar.

Muito obrigada por tudo.

Aos queridos professores Darli Antônio Soares (in memorian), Selma Maffei de Andrade e Regina Tanno, que não mediram esforços, cada um a sua maneira, para me ajudar a chegar até aqui.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelos valiosos e inestimáveis ensinamentos técnicos e humanos construídos no decorrer desses 6 anos de convivência. Minhas vitórias são suas. Levarei seus exemplos comigo, para sempre. A palavra convence e o exemplo inspira.

A todos os membros da minha banca, que tornaram a defesa do doutorado um momento especial, educativo e extremamente instigante.

À Gisele, amiga que esteve sempre ao meu lado, nas horas boas e ruins, compartilhando experiências, sentimentos, conhecimentos, como também seu lar, para que eu pudesse estudar. Quem tem um amigo realmente tem um tesouro.

À Vera, pela hospitalidade, carinho e apoio irrestrito quando precisei.

Ao Beto, amigo sempre gentil, solícito e disposto a me auxiliar no que fosse necessário.

Ao Felipe, pelas conversas agradáveis, trocas de ideias e ajuda com aqueles infindáveis campos do banco de dados.

À Suzane, amiga especial que sempre estava lá, onde quer que fosse, para dizer 'Vai dar tudo certo!'

À Liu, por estar perto mesmo estando longe. Obrigada sempre.

Aos amigos das turmas de 2009 e 2011 do doutorado, pelos ricos e interessantes encontros, pelos aprendizados, pelos momentos de descontração e confraternização, que farão com que eu sinta saudades de viajar para Londrina!

Aos funcionários do NESCO e da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por serem atenciosos e competentes no exercício do seu trabalho.

Aos meus alunos, em especial os da Graduação em Saúde Coletiva, pelos diálogos e questionamentos estimulantes, que moldaram minhas ideias e percepções, as quais se encontram materializadas nesta tese.

Às estudantes que auxiliaram na coleta e digitação dos dados, Paola, Tatiane, Ka-riny, Bianca, Neli, Jussara, Eliane, Ladi, Ana Paula, Eloína, pelo empenho, determinação e comprometimento.

À população caiçara - povo sofrido e destemido - cuja batalha é grande, mas a força e alegria de viver superam infinitamente as adversidades. Tal como escreveu Gonçalves Dias, 'A vida é luta renhida. Viver é lutar. A vida é combate, que os fracos abate, que os fortes e os bravos só pode exaltar'.

À Lígia, Rosana e Duda, pelo suporte, companhia, alegria e incentivo nas horas que mais precisamos.

À minha família - Pai, Mãe, Avós, Irmão - por acreditarem incondicionalmente em meu potencial e tornarem meus os meus sonhos, mesmo que para isso fosse necessário abrir mão dos seus próprios.

Ao Marcos, meu porto seguro em meio às tempestades e tribulações da vida. Minha certeza, meu equilíbrio, minha fortaleza, meu alívio. Sou toda sua esperança, como és todo meu amor.

À Deus, causa primeira de todas as coisas, por conduzir meus passos e proporcionar a honra de conviver com pessoas tão especiais.

*A cada dia que vivo, mais me convenço de que
o desperdício da vida está no amor que não
damos, nas forças que não usamos, na
prudência egoísta que nada arrisca, e que,
esquivando-se do sofrimento, perdemos
também a felicidade.*

A dor é inevitável. O sofrimento é opcional.

Carlos Drummond de Andrade

VOSGERAU, Milene Zanoni da Silva. **Indicadores de bem - estar emocional e doenças crônicas**: associação da autopercepção da felicidade, amor e bom humor à condição de saúde de adultos e idosos de Matinhos, Paraná. 2012. 201f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

Este estudo, de base populacional e delineamento transversal, teve como objetivo analisar a associação de desfechos relacionados ao bem-estar emocional como autopercepção de felicidade, amor e bom humor à presença de hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e dor crônica. A população de estudo consistiu em adultos com 40 anos ou mais residentes permanentemente no município de Matinhos/PR. A coleta de dados, que utilizou dados dos setores censitários do IBGE, foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com questões referentes às variáveis socioeconômicas e demográficas, estilo de vida, fatores relacionados a emoções e situações positivas, religião, espiritualidade e crenças pessoais, saúde autorreferida, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde. Para análise estatística utilizou-se a regressão logística, cujos desfechos foram os indicadores de bem estar emocional. Entrevistou-se 638 indivíduos entre abril e julho de 2011. A perda foi de 4,5%. Como resultado, mais da metade dos entrevistados tinham entre 40 e 59 anos (58,9%), não chegaram a concluir o primeiro grau (57,5%), não tem vínculo empregatício (60,6%) e foram classificados no estrato C da ABEP (57,1%), sendo que 29,8% das famílias tem renda inferior a R\$ 600,00. Do total de entrevistados, apenas 32,6% apresentaram escores ≥ 30 , que segundo a classificação escala de satisfação com vida (SWLS) são considerados como extremamente satisfeitos. A média do escore na SWLS foi de 25,38 [dp=6,04], sendo que o maior preditor para a autopercepção positiva da felicidade foi menor intensidade da dor crônica. Com relação ao amor, 82,1% referiram se sentirem amados sempre por seus familiares e amigos. A frequência de bom humor, ou seja, sorrir sempre ou na maior parte das vezes foi de 75,5%. No desfecho conjugado de bem-estar emocional - felicidade, amor e bom humor - a prevalência encontrada foi 24,9%. Os fatores 'dor crônica' e 'depressão' se mantiveram associados inversamente ao bem-estar emocional, o que aponta que estas patologias atuam como marcadores relevantes de baixa qualidade de vida, ao passo que, valores, crenças religiosas e renda - questões vinculadas às dimensões espirituais, existenciais e materiais - se mostraram como significativos indicadores positivos de bem-estar emocional. A partir dos achados da investigação, foi possível identificar contribuições e desafios para concepção do objeto saúde, prática clínica e políticas públicas da perspectiva positiva para o campo da saúde coletiva. Sugere-se que seja inserida a reflexão acerca dos fatores de promoção da saúde e indicadores positivos na formação permanente dos profissionais de saúde, com intuito de consolidar movimentos importantes para o Sistema Único de Saúde, tais como Estratégia Saúde da Família, Cidades Saudáveis e Redes de Cuidados em Saúde.

Palavras-chaves: Felicidade. Promoção da saúde. Epidemiologia. Saúde coletiva. Doença crônica.

VOSGERAU, Milene Zanoni da Silva. **Indicadores de bem - estar emocional e doenças crônicas**: associação da autopercepção da felicidade, amor e bom humor à condição de saúde de adultos e idosos de Matinhos, Paraná. 2012. 201f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

A population-based cross-sectional study was conducted to assess the association between emotional well-being outcomes including self-perceived happiness, love and good mood and chronic health conditions (hypertension, diabetes mellitus, depression and chronic pain). The study population consisted of adults aged 40 or more who were permanent residents of the city of Matinhos, Paraná State, southern Brazil. Data was collected based on the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) census tracts using semi-structured interviews. Information on socioeconomic and demographic variables, lifestyle factors related to positive emotions and situations, religion, spirituality and personal beliefs, self-reported health status, continuous drug use and utilization of health services was collected. The statistical analysis was performed using logistic regression and its results were emotional well-being indicators. A total of 638 individuals were interviewed between April and July 2011. The loss rate was 4.5%. Most respondents aged between 40 and 59 years (58.9%), had incomplete middle schooling (57.5%), were inactive (60.6%), belonged to classe C (57.1%) according to the Brazilian Market Research Society (ABEP) economic criteria and reported household income lower than R\$ 600.00 (29.8%). Of all, only 32.6% of the respondents had scores ≥ 30 (extremely satisfied) in the Satisfaction with Life Scale (SWLS). The mean SWLS score was 25.38 (SD = 6.04). The best predictor of positive self-perceived happiness was less severe chronic pain. As for love, 82.1% reported always feeling loved by their family and friends; and 75.5% reported being in a good mood (smiling) always or most of the time. The prevalence of a combined emotional well-being outcome -happiness, love and good mood- was 24.9%. Chronic pain and depression remained inversely associated with emotional well-being, which suggests that these conditions are major indicators of poor quality of life, whereas personal values, religious beliefs and income (issues related to spiritual, existential and material dimensions) were found to be significant positive indicators of emotional well-being. The study findings point to challenges and contributions to conception of the object health, clinical practice and public policies in public health. It is suggested that a contemplation of health promotion factors and positive indicators should be part of the training of health professionals aiming to strengthen major programs in the Brazilian National Health System such as the Family Health Strategy, Healthy Cities initiative and Networks of Health Care.

Keywords: Happiness. Health promotion. Epidemiology. Public health. Chronic disease

LISTA DE FIGURA

Figura 1 –Características da epidemiologia moderna e perspectivas da epidemiologia da saúde	23
Figura 2 –Descrição de escalas e questionários usados para avaliar felicidade e bem-estar subjetivo disponíveis na literatura.	36
Figura 3 –Distribuição dos indivíduos com 40 anos ou mais residentes nos setores censitários do município de Matinhos/PR.	65
Figura 4 –Itens que compõem a escala de satisfação com a vida elaborado por Diener et al. (1985).....	67
Figura 5 –Escores da escala de satisfação com a vida elaborado por Diener et al. (1985)	67
Figura 6 –Escores da escala de depressão de Beck.....	70
Figura 7 –Fluxograma da amostragem e coleta de dados. Matinhos, PR, 2011	79
Figura 8 –Classificação de depressão pelo Inventário de Beck entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011.	87
Figura 9 –Classificação da autopercepção da felicidade entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011	88
Figura 10 –Modelo sintético da relação entre as dimensões física, mental, material, existencial e espiritual com o bem-estar emocional de adultos e idosos residentes em Matinhos, PR.	145
Figura 11 –Esquema interativo entre a concepção epistemológica do objeto saúde, prática clínica e políticas públicas.	160
Figura 12 –Síntese das principais variáveis utilizadas na pesquisa e seus instrumentos de coleta de dados.	162

LISTA DE TABELA

Tabela 1 –Indicadores sociais de Matinhos e Guaraqueçaba comparados aos indicadores Estado do Paraná, 2009.....	60
Tabela 2 –População residente no município de Matinhos por faixa etária e sexo, 2010	60
Tabela 3 –Distribuição dos setores censitários pelo número total de habitantes e amostra por sexo utilizada para a coleta de dados, Matinhos, 2011.....	63
Tabela 4 –Distribuição total e por sexo de adultos e idosos conforme variáveis sócio econômicas e demográficas. Matinhos, PR, 2011	80
Tabela 5 –Distribuição total e por sexo de adultos e idosos conforme variáveis relacionadas à emoções/situações positivas, religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQOL). Matinhos, PR, 2011	81
Tabela 6 –Distribuição total e por sexo de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de vida e uso do tempo. Matinhos, PR, 2011	83
Tabela 7 –Distribuição total e por sexo de adultos e idosos conforme variáveis de situação de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde. Matinhos, PR, 2011	85
Tabela 8 –Respostas obtidas da questão "Cite 3 palavras que lhes vêm à lembrança em relação à felicidade e depois enumere da mais para menos importante". Matinhos, PR, 2011	89
Tabela 9 –Análise dos fatores associados à autopercepção da felicidade de adultos e idosos conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Matinhos, PR, 2011	91
Tabela 10 –Análise dos fatores associados à autopercepção da felicidade de adultos e idosos conforme variáveis relacionadas a emoções/situações positivas, religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQOL). Matinhos, PR, 2011	92
Tabela 11 –Análise dos fatores associados à autopercepção da felicidade de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de vida e uso do tempo. Matinhos, PR, 2011	94
Tabela 12 –Análise dos fatores associados à autopercepção da felicidade de adultos e idosos conforme variáveis de situação de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde. Matinhos, PR, 2011	95

Tabela 13 –Análise multivariada dos fatores associados à autopercepção de felicidade ajustado por sexo, raça e idade entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011	98
Tabela 14 –Análise dos fatores associados ao amor de adultos e idosos conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Matinhos, PR, 2011	102
Tabela 15 –Análise dos fatores associados ao amor de adultos e idosos conforme variáveis relacionadas a emoções/situações positivas, religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQOL). Matinhos, PR, 2011	103
Tabela 16 –Análise dos fatores associados ao amor de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de vida e uso do tempo. Matinhos, PR, 2011.	104
Tabela 17 –Análise dos fatores associados ao amor de adultos e idosos conforme variáveis de situação de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde. Matinhos, PR, 2011	105
Tabela 18 –Análise multivariada dos fatores associados ao amor ajustado por sexo, raça e idade entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011.....	107
Tabela 19 –Análise dos fatores associados ao bom humor de adultos e idosos conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Matinhos, PR, 2011	110
Tabela 20 –Análise dos fatores associados ao bom humor de adultos e idosos conforme variáveis relacionadas a emoções/situações positivas,religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQOL). Matinhos, PR, 2011	112
Tabela 21 –Análise dos fatores associados ao bom humor de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de vida e uso do tempo. Matinhos, PR, 2011.	114
Tabela 22 –Análise dos fatores associados ao bom humor de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de situação de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde. Matinhos, PR, 2011	115
Tabela 23 –Análise multivariada dos fatores associados ao bom humor ajustado por sexo, raça e idade entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011	117
Tabela 24 –Análise dos fatores associados ao bem-estar emocional de adultos e idosos conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Matinhos, PR, 2011	120

Tabela 25 –Análise dos fatores associados ao bem-estar emocional de adultos e idosos conforme variáveis relacionadas a emoções/situações positivas, religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQOL). Matinhos, PR, 2011.....	122
Tabela 26 –Análise dos fatores associados ao bem-estar emocional de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de vida e uso do tempo. Matinhos, PR, 2011	123
Tabela 27 –Análise dos fatores associados ao bem-estar emocional de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de situação de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde. Matinhos, PR, 2011.....	124
Tabela 28 –Análise multivariada dos fatores associados ao bem-estar emocional ajustado por sexo, raça e idade entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011	127

LISTRA DE SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas não-Transmissíveis
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
FIB	Felicidade Interna Bruta
PIB	Produto Interno Bruto
BES	Bem-estar subjetivo
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
PANAS	<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência humana
OMS	Organização Mundial da Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes mellitus
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SWLS	<i>Satisfaction With Life Scale</i>
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
WHOQOL-SRPB	WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IC	Intervalo de Confiança
DP	Desvio Padrão
OR	Odds Ratio
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 É POSSÍVEL CRIAR E MANEJAR INDICADORES POSITIVOS DE SAÚDE? REFLEXÕES SOBRE A EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE	18
1.2 FELICIDADE HUMANA COMO OBJETO DE ESTUDO DA EPIDEMIOLOGIA.....	23
1.2.1 Do Direito Constitucional à Implementação de Políticas Públicas de Bem-Estar	28
1.2.2 Conceitos de Felicidade	30
1.2.3 Mensuração da Felicidade	32
1.2.4 Interrelação entre Felicidade e o Processo Saúde-Doença	34
1.2.4.1 Sistema imune	42
1.2.4.2 Mortalidade	43
1.2.4.3 Longevidade	43
1.2.4.4 Sistema cardiovascular	44
1.3 CONTRIBUIÇÕES DO AMOR PARA A QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE	45
1.4 O PAPEL DO BOM HUMOR NO BEM-ESTAR EMOCIONAL E SOCIAL	46
1.5 DOENÇAS CRÔNICAS: IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA E NO BEM-ESTAR INDIVIDUAL E COLETIVO	48
1.5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	50
1.5.2 Diabetes Mellitus	51
1.5.3 Dor Crônica	52
1.5.4 Depressão	53
2 JUSTIFICATIVA	55
3 OBJETIVOS	58
3.1 OBJETIVO GERAL	58
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	58
4 METODOLOGIA	59
4.1 MODALIDADE DE PESQUISA	59
4.2 LOCAL DE ESTUDO - MUNICÍPIO DE MATINHOS/PR	59
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	61
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	61

4.5 TAMANHO DA AMOSTRA	61
4.6 COLETA DE DADOS	64
4.6.1 Desfecho Principal: Felicidade ou Satisfação com a Vida.....	66
4.6.1.1 Dimensões da vida relacionadas à felicidade	67
4.6.2 Desfecho Secundário: Amor	68
4.6.3 Desfecho Secundário: Bom humor.....	68
4.6.4 Desfecho Conjugado: Bem-Estar Emocional.....	68
4.6.5 Variáveis Independentes	69
4.6.5.1 Hipertensão arterial sistêmica.....	69
4.6.5.2 Diabetes mellitus	69
4.6.5.3 Depressão	69
4.6.5.4 Dor crônica	70
4.6.6 Covariáveis	71
4.6.6.1 Socioeconômicas e demográficas.....	71
4.6.6.2 Variáveis relacionadas a emoções e situações positivas	72
4.6.6.3 Instrumento de qualidade de vida da organização mundial da saúde -módulo espiritualidade, religião e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB).....	73
4.6.6.4 Variáveis de estilo de vida	74
4.6.6.5 Saúde Subjetiva	76
4.6.6.6 Utilização dos serviços de saúde	76
4.6.6.7 Consumo de medicamentos	76
4.7 PRÉ-TESTE.....	77
4.8 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	77
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	78
5 RESULTADOS	79
5.1 AUTOPERCEPÇÃO DE FELICIDADE - CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS	88
5.2 AMOR - CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS	101
5.3 BOM HUMOR - CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS	110
5.4 BEM-ESTAR EMOCIONAL - CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS	120
6 DISCUSSÃO	130
6.1 ENTRE O AMOR E A DOR: A FELICIDADE DO PONTO DE VISTA EPIDEMIOLÓGICO	131
6.2 AMOR COMO DESFECHO POSITIVO EM SAÚDE	135

6.3 BOM HUMOR: POTENCIAL INDICADOR DE SALUBRIDADE?	137
6.4 DO MATERIAL AO EXISTENCIAL: RELEVÂNCIA DA DIMENSÃO EMOCIONAL PARA O BEM-ESTAR GLOBAL.....	140
6.5 'ANOS À VIDA' E 'VIDA AOS ANOS' - CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA PERSPECTIVA POSITIVA PARA A SAÚDE COLETIVA	145
6.5.1 Contribuições e Desafios para a Epidemiologia na Concepção Epistemológica do Objeto Saúde	147
6.5.2 Contribuições e Desafios para a Prática Clínica	149
6.5.3 Contribuições e Desafios para as Políticas Públicas	153
7 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DA INVESTIGAÇÃO	161
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	163
REFERÊNCIAS	165
APÊNDICES	181
APÊNDICE A – Formulário da coleta de dados.....	182
APÊNDICE B – Manual instrutivo para a coleta de dados	187
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido	199
ANEXOS	200
ANEXO A – Aceite do Comitê de Ética.....	201

1 INTRODUÇÃO

A investigação do impacto das emoções positivas, em especial a felicidade, na saúde humana tem sido foco crescente de interesse por parte de estudiosos de diversas áreas do conhecimento, gestores e formuladores de políticas públicas. Apesar de ainda inconclusa a aplicação de fenômenos complexos como felicidade e bem-estar (ALMEIDA FILHO, 2000b; AYRES, 2002) no campo da epidemiologia, atualmente pesquisadores da área da saúde começam a valorizá-los devido a recentes pesquisas que vem demonstrando associação entre felicidade e estados correlatos com desfechos positivos em saúde (SCALCO, 2008).

Desta forma, a fim de compreender a relação dos afetos positivos, como auto-percepção da felicidade, amor e bom humor e algumas doenças crônicas, a revisão de literatura desta tese está dividida nos seguintes tópicos: (a) possibilidades e desafios da epidemiologia na construção de indicadores positivos de saúde; (b) conceitos e mensuração da felicidade; (c) interrelação entre felicidade e o processo saúde-doença (d) contribuições do amor para a qualidade de vida e saúde; (e) o papel do bom humor no bem-estar emocional e social; (f) impacto das doenças crônicas no bem-estar, em especial, hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e dor crônica.

1.1 É POSSÍVEL CRIAR E MANEJAR INDICADORES POSITIVOS DE SAÚDE? REFLEXÕES SOBRE A EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE

A epidemiologia é uma disciplina básica da saúde pública voltada para a compreensão do processo saúde-doença no âmbito de populações, aspecto que a diferencia da clínica, que tem por finalidade o estudo desse mesmo processo, mas com o foco no indivíduo.

Como ciência, a epidemiologia baseia-se no raciocínio causal; já como disciplina da saúde pública, preocupa-se com o desenvolvimento de estratégias voltadas para a proteção e promoção da saúde das comunidades a partir de políticas públicas que levem em conta o conhecimento disponível, adequando-o às realidades locais.

Desta forma, segundo Barreto (1998), a epidemiologia é tanto produtora de conhecimentos sobre o processo saúde-doença como também, ao mesmo tempo, é um campo profissional, participante das ações pelo cuidado da saúde das populações.

Segundo Rouquayrol e Goldbaum (2006), uma definição precisa do termo epidemiologia não é fácil: a sua temática é dinâmica e seu objeto complexo. De forma simplificada, pode ser conceituada como:

[...] a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações em saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2006, p. 17).

Autores norte-americanos, europeus e latino-americanos definem a epidemiologia de forma bastante semelhante, tendo como ponto em comum "o estudo da distribuição das doenças nas coletividades humanas e dos fatores causais responsáveis por essa distribuição" (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2006).

Indubitavelmente, a epidemiologia acarretou grandes e inúmeras conquistas na área da saúde, contudo existem diversas críticas em relação à denominada epidemiologia moderna que se baseiam, de uma forma ampla, na sua insuficiência em resolver os problemas relacionados à saúde das populações contemporaneamente postos (BARRETO, 1998).

Uma destas críticas diz respeito à incapacidade ou declarado desinteresse da epidemiologia em produzir referencial teórico, conceitual e metodológico sobre o objeto '*saúde*'. É conhecido que a literatura em saúde tem historicamente enfatizado quase que exclusivamente o estudo das doenças e seus correlatos (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002). Embora já sejam evidentes os esforços intelectuais para conceituação positiva da saúde -como o enfoque ecossistêmico (MINAYO, 2008) e o modelo salutogênico (ANTONOVSKY, 1996) - essa discussão ainda não foi consistentemente incorporada no âmbito da saúde coletiva e, conseqüentemente, da epidemiologia (AYRES, 2002).

Rouquayrol e Goldbaum (2006, p. 18) são realistas ao relatarem que a atenção da epidemiologia está voltada para as ocorrências, em escala maciça, de doença e de não-doença envolvendo pessoas agregadas em sociedades e que a ausência de saúde é estudada na forma de doenças infecciosas, não-infecciosas e agravos à integridade física.

De acordo com Almeida Filho (2000b), no nível individual, não há qualquer fundamento lógico para definições negativas da saúde ou para a concepção de saúde como o oposto da doença. Sob a perspectiva clínica, nem todos os indivíduos sadios se consideram isentos de doenças e nem todos os isentos de doença são sadios.

No âmbito coletivo, a epidemiologia tem se concentrado em definir saúde como atributo do grupo de não-doentes, entre expostos e não-expostos a fatores de risco, em uma população definida, sendo assim, a saúde epidemiológica seria o oposto do subconjunto de doentes, caracterizando pela equação $Saúde = (1 - Risco)$ (ALMEIDA FILHO, 2000b).

Uma das consequências da natureza positivista da epidemiologia moderna é a construção e utilização de diversos indicadores, denominados '*de saúde*' que na prática, se fundamentam na quantificação de doentes (indicadores de morbidade) ou de mortos (indicadores de mortalidade) (ALMEIDA FILHO, 2000b). Outro reflexo é a restrita capacidade explicativa do processo saúde-doença baseada, por vezes, apenas nos fatores de risco. Os modelos quantitativos de risco tem explicado somente parcialmente os problemas de saúde que afligem as populações.

O paradigma do risco epidemiológico, também conhecido como o das '*caixas pretas*' (SUSSER; SUSSER, 1996), se destacou, a partir da segunda metade do século XX, com o aumento da mortalidade por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) (BARATA, 2005). O termo '*fatores de risco*' é utilizado para designar probabilidades quantificadas de suscetibilidade individual a eventos negativos (JESSOR et al., 1995) ou dano (ALMEIDA FILHO; COUTINHO, 2007) para a saúde e bem-estar.

Torna-se visível a limitação do conceito de risco quando se constata, por exemplo, que apesar de existirem mais de 300 fatores de risco reconhecidamente relacionados com doenças cardiovasculares (LINDSTRÖM, 2001 apud KUMLIN, 1998), estas enfermidades ainda são a causa mais importante de morte no Brasil e mundo. Obviamente, não é o caso de negar que o controle ou atenuação dos fatores de risco pode contribuir para o declínio da mortalidade, mas redirecionar a produção científica para a construção de modelos holísticos de determinação, que superem a perspectiva reducionista e linear da concepção de '*saúde como ausência de doença*' (SCHRAMM; CASTIEL, 1992; ALMEIDA FILHO, 2000b, 2000a).

Diversos autores enfatizam que a saúde é um *continuum* que vai muito além de meramente a ausência de doença (CATFORD, 1983; ROSE, 2001; ALMEIDA FILHO, 2000b). De acordo com as ideias desenvolvidas por Geoffrey Rose, os pontos de corte que diferenciam doentes e não doentes, em uma população, são arbitrários e imprecisos.

Na maioria das vezes, os processos salutogênicos/patogênicos ocorrem num continuum, como no caso da obstrução das artérias coronárias, em que quase toda a população adulta apresenta algum grau de comprometimento (CHOR; FAERSTEIN, 2000).

A prática dual de separar doentes dos não doentes, no sentido excludente: 'saudável ou doente', possibilitou uma formalização do discurso do risco, cujo consenso gerou a noção disseminada de que a epidemiologia da doença, por ser mensurável e objetiva, é operacionalizável. É a partir desta constatação, entre outras questões, que a saúde e outros construtos positivos, como a felicidade e o amor - classificados como objetos complexos e subjetivos - não caberiam à ciência epidemiológica. Para corroborar esta afirmação, Almeida Filho (ALMEIDA FILHO, 2000a, 2000b) coloca que o conceito positivo de saúde se constitui em um dos pontos cegos paradigmáticos da epidemiologia, que suscita uma série de perguntas como: *O que é Saúde? Poderá a saúde ser considerada um conceito científico ou objeto da ciência epidemiológica? Será possível uma ciência da saúde?*

Vale destacar que a reprodução do entendimento equivocado do '*conceito de saúde*' e da análise quase que exclusiva dos 'fatores de risco' não é fruto do acaso. Diversas organizações tem se beneficiado e retroalimentado esses saberes e práticas, ao criar doenças para vender produtos (BARROS, 2008), como indústrias farmacêuticas e planos privados de '*saúde*', diga-se, '*doença*'. Os lucros econômicos volumosos destas instituições advêm da ideia reiterada e exagerada de medicalização, a qual torna possível um maior número de intervenções médicas e o consumo de práticas terapêuticas e preventivas.

Para compreender as raízes históricas e econômicas do interesse desproporcional da epidemiologia por modelos vinculados a doença, é necessário destacar o paradigma biomédico, que data dos séculos XVI e XVII, cujo entendimento do conceito de saúde era fundamentado na ausência de doenças, em que se dividia o ser humano em partes e comparava-o com uma máquina, onde os órgãos eram as peças que poderiam ser montadas e desmontadas. Suas concepções se fortaleceram no biologicismo, no reducionismo, nas especialidades e no curativismo, onde o ator principal convertia-se na figura médica (CAPRA, 2006).

Esse paradigma científico adentrou no século XX e ajudou, de fato, a melhorar as condições de saúde do homem em vários aspectos. Muitas doenças consideradas fatais até então foram controladas por meio da vacinação e terapêuticas efetivas, mudando significativamente o panorama nosológico do século XX. Se no século XIX as maiores causas de mortalidade eram as doenças transmissíveis, hoje são as doenças cardiovasculares, as neoplasias, a violência, os acidentes de trânsito e as doenças crônicas não transmissíveis de forma geral (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

Entretanto, apesar das conquistas, o paradigma biomédico tornou-se limitado para compreender e resolver os novos desafios de saúde. Não se trata mais de buscar

apenas a cura, mas também de desenvolver abordagens que permitam o cuidado contínuo. Diversos agravos de relevância na atualidade não tem a letalidade dos antigos problemas, mas também não são condições curáveis e podem causar incapacidade funcional em um grande número de pessoas de diferentes faixas etárias (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

Mediante esse contexto geral, a epidemiologia tem direcionado seus esforços científicos muito mais para o estudo dos aspectos disfuncionais do indivíduo do que para as suas potencialidades de saúde e bem-estar. Isso gerou um desequilíbrio no campo de estudos dessa ciência que, ao focalizar sua atenção quase que exclusivamente nos problemas humanos, acabou por gerar um vácuo sobre temas como a felicidade e amor. Inclusive a discussão ainda paira na incerteza se haverá fundamentação lógica na aplicação em nível agregado de construtos supostos como expressão de saúde de sujeitos (felicidade, bem-estar, satisfação) (ALMEIDA FILHO, 2000a).

Apesar de ser inconclusa a aplicação de fenômenos complexos como felicidade e bem-estar no campo da epidemiologia, atualmente pesquisadores da área da saúde tem começado a valorizá-los devido a recentes pesquisas que vêm demonstrando associação entre felicidade e estados correlatos com desfechos positivos em saúde (SCALCO, 2008).

Ademais, a construção e utilização de indicadores de salubridade e a identificação de fatores de promoção do bem-estar podem ser favorável não apenas à parcela da população mais predisposta a doenças, como também para indivíduos considerados saudáveis, já que muitos sujeitos expostos a um risco baixo podem gerar um número maior de casos do que poucos indivíduos expostos a um risco alto de adoecer (ROSE, 2001). A contribuição desses indicadores vai ao encontro do desenvolvimento de abordagens preventivas e promocionais, com a potencial repercussão nas áreas sociais, ambientais, ocupacionais, entre outras (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Na Figura 1 está exposta uma síntese das características da epidemiologia da doença e das perspectivas da epidemiologia da saúde. É importante ressaltar que a separação feita por meio de um quadro tem a finalidade de organizar pedagogicamente as particularidades epistemológicas da ciência epidemiológica, contudo é linear e simplificada, e de forma alguma supõe que uma visão da epidemiologia deve ser substituída em detrimento da outra. Ambas se complementam e devem coexistir para que seja possível

Figura 1 – Característica da epidemiologia moderna e perspectiva da epidemiologia da saúde.

	Epidemiologia da doença	Epidemiologia da saúde
Conceito	Saúde como atributo do grupo de não-doentes, entre expostos e não-expostos a fatores de risco, em uma população definida.	Saúde como sinônimo de vida com saúde, ou seja, anos vividos com funcionalidade produtiva e social.
Objeto	Doença, agravo e morte	Saúde
Indicador	Indicadores de morbidade e mortalidade	Indicadores de salubridade
Fatores	Fatores de risco	Fatores de proteção e promoção da saúde
Clínica	Sinais e sintomas clínicos das doenças	Sinais e sintomas clínicos “das saúdes”
Áreas	Biologia molecular, anatomia, fisiologia, patologia, farmacologia	Será possível uma ciência da saúde?

Fonte: (ALMEIDA FILHO, 2000b) adaptado pela autora

a epidemiologia alcançar novos horizontes no campo científico e no âmbito de práticas e, assim, cumprir com seus compromissos éticos, sociais e de 'saúde' .

Sem dúvida, a epidemiologia passa por um '*período de transição*', o que implica no reconhecimento da crise (SCHWARTZ; SUSSER; SUSSER, 1999; SMITH, 2001) e na construção de novos objetos teóricos e ressignificação dos antigos (SCHRAMM; CASTIEL, 1992). Deste modo, é emergente a superação da epidemiologia da doença e agravos para outra que considere a identificação de outros fatores para além dos de risco, os quais compõem as complexas redes do processo saúde-doença - como os fatores de proteção e promoção da saúde.

1.2 FELICIDADE HUMANA COMO OBJETO DE ESTUDO DA EPIDEMIOLOGIA

O desejo de encontrar a felicidade e viver melhor possivelmente seja a grande força motriz que tem conduzido o ser humano em sua trajetória pelo mundo. Desde a Grécia Antiga, o ser humano vive em busca do que o fará feliz e satisfeito com a sua vida. Como mostra a filosofia, a preocupação humana com a felicidade é bastante antiga (GRAZIANO, 2005).

Aristóteles (384 - 322 a. C.) acreditava na felicidade como o objetivo de todo o homem, a qual poderia ser alcançada apenas pelo exercício das forças e virtudes, em equilíbrio com a vida em sociedade (SELIGMAN, 2009). Epicuro (341 - 270 a. C.), em sua "Carta sobre a felicidade", enfatiza que para experimentar uma vida feliz é imperativo não temer a morte, manter uma conduta comedida em relação aos prazeres, crer na vontade e liberdade do homem em detrimento de uma visão fatalista baseada no destino (EPICURO, 2002). Já Sêneca (4 a.C. - 65 d. C.), ilustre discípulo tardio do epicurismo, ao observar sua sociedade muito infeliz, recusava-a como padrão de referência, dizendo que para ser feliz, a primeira coisa que o indivíduo deveria fazer seria negar-se a seguir a multidão. Além disso, falava que os seres humanos deveriam buscar as coisas boas, não na aparência e sim no seu interior, pois estas sim são mais belas, sólidas e duradouras (SÊNECA, 2009).

As reflexões filosóficas sobre a felicidade produziram muitas ideias e conceitos, mas pouco conhecimento operacional e pragmático. Na verdade, ela resultou mais em perguntas do que em respostas (VEENHOVEN, 1997).

Em busca de respostas, o campo do bem-estar subjetivo enquanto disciplina científica tem crescido rapidamente (DIENER; LUCAS; OISHI, 2002). No início da década de 80, apenas 200 artigos sobre o assunto foram publicados em periódicos científicos, ao passo que, nos últimos 18 meses, as publicações já ultrapassam 27.000 (ANDREWS, 2011). Atualmente, o assunto tem ganhado a atenção principalmente da psicologia, ciências sociais e economia.

Desde a década de 60, pesquisadores e filósofos tem investigado a felicidade humana empiricamente. Veenhoven, em 1997, publicou um artigo cujo objetivo foi identificar os progressos alcançados a partir das seguintes questões: 1) O que é felicidade? 2) Como medir a felicidade? 3) Quão felizes são/estão as pessoas? 4) O que faz alguém feliz ou infeliz? 5) A felicidade pode ser alcançada duradouramente?

Estas perguntas justificam-se, já que ao longo de praticamente todo o século XX, o foco dos estudos na área da saúde mental e psicologia se limitaram aos estados patológicos e métodos para diminuir o mal-estar das pessoas e não de aumentar o bem-estar como um todo (SELIGMAN, 2009). Diante deste contexto, surge em 1999, uma nova área denominada Psicologia Positiva (*Positive Psychology*) que se fundamenta em três pilares (DIENER, 2002; SELIGMAN, 2009):

- ✓ O primeiro é o estudo da emoção positiva;
- ✓ O segundo é o estudo dos traços positivos, principalmente as forças e as virtudes, mas também as habilidades como a inteligência e a capacidade atlética;
- ✓ O terceiro é o estudo das instituições positivas, como a democracia, a família e a liberdade, que dão suporte às virtudes que, por sua vez, apoiam as emoções positivas.

As pesquisas envolvendo a Psicologia Positiva tem a intenção de complementar, não substituir, o que se conhece sobre sofrimento e desordens humanas. O intuito é ter uma compreensão científica mais completa, complexa e ponderada sobre as experiências humanas, e não considerar uma maior importância de uma abordagem sobre a outra (PASSARELI; SILVA, 2007).

Segundo Seligman (2009) a felicidade e o bem-estar subjetivo descrevem os objetivos da Psicologia Positiva, incluindo sentimentos positivos como, por exemplo, êxtase e conforto e atividades positivas como absorção e dedicação.

Diferentes estudos envolvendo o bem-estar subjetivo já foram realizados, principalmente por pesquisadores norte-americanos e europeus. Entretanto, Diener (2000) declara que estudos sobre pessoas felizes são poucos na literatura científica. Um dos aspectos destacados nestas pesquisas diz respeito aos determinantes da felicidade, que envolvem fatores complexos voluntários e involuntários, objetivos e subjetivos. Entre as variáveis analisadas nestes trabalhos destacam-se: renda, trabalho e desemprego, situação conjugal, processo saúde-doença, religião, aspectos psicológicos como otimismo e resiliência.

Embora as pessoas façam julgamentos sobre sua vida como um todo, o bem-estar subjetivo possui de acordo com Diener (2000) diferentes componentes:

- ✓ *Satisfação com a vida*: corresponde a julgamentos que se faz com relação à própria vida;
- ✓ *Satisfação em áreas importantes*: satisfação em diferentes domínios, tais como trabalho, por exemplo;
- ✓ *Emoções positivas*: muitas experiências de emoções e humores agradáveis;
- ✓ *Baixos níveis de emoções negativas*: experiência de poucas emoções e humores desprazerosos.

Diversos estados e experiências podem produzir felicidade, alguns exemplos são: o amor, a alegria, a saúde, a saciedade, o prazer sexual, o contentamento, a segurança, a serenidade. Emoções como tristeza, medo, raiva e nojo, além de estados afetivos como ansiedade, angústia, sofrimento e dor, costumam diminuir a felicidade (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

É comum a associação entre frequência e a intensidade de emoções agradáveis, ou seja, a felicidade envolve as pessoas se sentirem bem na maior parte do tempo (PASSARELI; SILVA, 2007). Segundo Diener, Lucas e Oishi (2002), as pessoas mais felizes relatam maior frequência de afetos positivos, mas não maior intensidade.

Whittington e Huppert (1998) identificaram que o bem estar positivo e o bem estar negativo não são fenômenos opostos e contrários, sendo assim, o indivíduo pode estar neutro, não sentindo nem bem-estar ou mal-estar, como também pode experienciar ambas as emoções concomitantemente (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Entre as publicações disponíveis pode-se perceber que o conceito de felicidade pode ter dois entendimentos principais: "*felicidade enquanto estado*" e "*felicidade enquanto traço*".

A felicidade percebida como estado (estar feliz) resultaria de momentos de felicidade na vida sendo indicada pelos termos "bem-estar subjetivo momentâneo" ou "felicidade momentânea".

O bem-estar subjetivo no momento presente consiste em estados muito diferentes da satisfação com o passado e com o futuro, e ela mesma compreende dois aspectos bastante distintos: prazeres e gratificações. Os prazeres são satisfações com claros componentes sensoriais e fortemente emocionais. São o que os filósofos chamam de sensações naturais como êxtase, entusiasmo, prazer sexual, deleite, gozo, exuberância e conforto. São passageiros e envolvem pouco ou nenhum raciocínio (SELIGMAN, 2009). Seligman (2009) coloca que o prazer pode facilmente ser alcançado por recursos como chocolate, uma comédia no cinema, uma massagem nas costas, flores ou roupa nova. Já as gratificações são atividades que gostamos muito de praticar, mas não são necessariamente acompanhadas por qualquer sensação natural. A gratificação dura mais que o prazer, envolve raciocínio e interpretação, não cria hábito facilmente e está apoiada nas forças e virtudes.

Desta forma, a felicidade seria o resultado de uma vida repleta de complexas atividades de *flow*, termo utilizado para caracterizar um estado de concentração total na atividade que está sendo realizada, capaz de fazer com que o indivíduo perca a noção da realidade (CSIKSZENTMIHALYI, 1999). Este desfecho seria alcançado pelas pessoas que

tivessem conquistado uma personalidade autotélica, isto é, que julgam valioso e importante, por si mesmo, tudo o que realizam, e se mostram menos dependentes de recompensas externas.

Este crescimento psicológico levaria a um eu mais complexo, provocando uma sensação de profunda satisfação (CSIKSZENTMIHALYI, 1999). É importante ressaltar que este autor não nega o valor do prazer passivo na vida das pessoas (sentido hedônico da felicidade), mas que este não geraria um sentimento mais profundo.

Já a felicidade percebida como traço (ser feliz), conhecida como longo prazo, é considerada como dependente da predisposição em interpretar as experiências da vida de forma positiva. Diener (2000) notou que as pessoas muito felizes possuem um sistema emocional que reage de forma apropriada às circunstâncias da vida diária.

É possível notar que há um elemento de estabilidade nos níveis de bem-estar das pessoas, que não pode ser explicado a partir da estabilidade das condições sob as quais elas vivem. Segundo Brickman, Coates e Janoff-Bulman (1978), mesmo após acontecimentos extremamente adversos ou extraordinários, lesão medular com tetraplegia ou ganhar prêmio em loteria - não influem tanto nas taxas de felicidade há longo prazo (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Geralmente, de acordo com Seligman (2009) em menos de 3 meses eventos importantes, sejam eles positivos ou negativos, perdem o impacto sobre os níveis de bem-estar subjetivo, fazendo com que as pessoas voltem aos níveis médios de felicidade encontrados anteriores a tais fatos. Assim sendo, os índices de felicidade tendem a ser relativamente estáveis ao longo do tempo na vida de cada indivíduo, dependendo menos de eventos externos do que se acredita. As teorias que trabalham com esse enfoque são chamadas de teorias de predisposição genética, personalidade, adaptação ou setpoint.

Easterlin (2003) enfatiza que a teoria da adaptação é questionável, pois eventos de vida do domínio não pecuniário, como casamento, divórcio e incapacidade grave, têm um efeito duradouro sobre felicidade, e não simplesmente desvia a pessoa temporariamente do seu nível médio de felicidade, determinado pela genética e personalidade.

O autor ainda destaca que se o objetivo das políticas públicas é ampliar o bem-estar, a teoria da adaptação sugere que ações econômicas e sociais são desnecessárias. Qualquer medida tomada para melhorar as condições econômicas ou sociais teriam apenas um efeito passageiro sobre o bem-estar, porque cada indivíduo as reverterá para o seu valor médio de felicidade (EASTERLIN, 2003).

No sentido contrário à teoria do *setpoint*, pesquisas recentes vem demonstrando que a felicidade pode aumentar e se estender (SELIGMAN, 2009). Um estudo publicado por Fowler e Christakis (2008) aponta que a felicidade de uma pessoa não é só uma escolha ou experiência individual, mas que está ligada à felicidade dos indivíduos aos quais a pessoa está conectada, direta ou indiretamente.

Segundo Fowler e Christakis (2008), um amigo que viva a uma distância de cerca de uma milha (1,6 km) e que se torna feliz, aumenta a probabilidade de que uma pessoa seja feliz em 25%. Efeitos semelhantes foram observados entre casais que moram na mesma casa (8%), irmãos que vivam a menos de uma milha de distância (14%) e vizinhos (34%).

Desta maneira, modelos estatísticos longitudinais sugerem que agrupamentos pessoas felizes resultam na propagação de ondas de felicidade nas redes sociais, gerando grupos de felicidade e infelicidade e não apenas uma tendência de que as pessoas se associam com indivíduos semelhantes (FOWLER; CHRISTAKIS, 2008).

1.2.1 Do Direito Constitucional à Implementação de Políticas Públicas de Bem-Estar

Tanto na área social como na área das políticas públicas e economia, o tema felicidade é assunto atual e recorrente. Diversas nações atribuem ao Estado a responsabilidade constitucional do direito de ser feliz por meio de políticas públicas efetivas e sustentáveis. Entre eles, cita-se as constituições de países como Estados Unidos (1776), França (1789), Japão (1947) e Coréia do Sul (revisada em 1987), que determinam que todas as pessoas tem direito à busca pela felicidade, devendo o poder público comprometer-se na garantia das condições para atingi-la.

No Brasil, a inclusão do direito à busca da felicidade na Constituição está tramitando no Congresso Nacional após o senador Cristóvam Buarque (PDT) apresentar a proposta de emenda à Constituição (PEC) 19/2010, que prevê alteração no artigo 6º da Carta Magna: "*Art. 6º. São direitos sociais, essenciais à busca da felicidade, a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição*" (BRASIL, 2010).

Aqueles que defendem a aprovação da 'PEC da felicidade', se pautam na importância de trazer para o debate político o tema, além de tornar clara e explícita a necessidade do Estado brasileiro criar condições conducentes à felicidade, na qual os esforços individuais possam ser bem sucedidos. Isto inclui prestar serviços sociais que ofereçam condições dignas de vida, saúde, educação, previdência, trabalho, entre outros.

Neste contexto, o papel das políticas públicas vem no sentido de assegurar e oportunizar uma base sólida e eficaz de bens e serviços que propiciem aos seres humanos alcançar o seu potencial possível de auto-realização, bem-estar e felicidade. Como está descrito na Carta de Ottawa (1986), as políticas públicas devem priorizar a criação de ambientes favoráveis à saúde, acesso à informação, experiências e habilidades na vida (OPAS, 1986), bem como dar condições que os indivíduos possam fazer escolhas em direção a uma vida mais significativa e rica.

No ocidente a discussão sobre a questão de indicadores de bem-estar é recente, contudo há décadas já vem sendo desenvolvido no Butão, um pequeno país localizado na cordilheira do Himalaia, na Ásia Central, entre a China e a Índia. O conceito de Felicidade Interna Bruta (FIB) surgiu em 1972, quando o rei do Butão, Jigme Singye Wangchuk, declarou que o objetivo a ser alcançado por suas políticas públicas seria o aumento da "felicidade interna bruta (FIB)" ao invés do "produto interno bruto (PIB)".

O governo do Butão instituiu que as decisões políticas deviam ser tomadas a partir de 9 indicadores, que constituem a FIB: padrão de vida, saúde, educação, resiliência ecológica, bem-estar psicológico, diversidade cultural, uso equilibrado do tempo, boa governança e vitalidade comunitária (ANDREWS, 2007). Portanto, para os butaneses, a felicidade é o principal índice de progresso do país, ao contrário do que é aceito pela grande maioria dos países, que se adota a renda através do PIB.

Por décadas o PIB, índice de progresso que soma todas as transações econômicas de uma nação, tem sido criticado. O PIB não somente falha em contabilizar os custos ambientais, mas também inclui formas de crescimento econômico que são prejudiciais ao bem-estar da sociedade como despesas com atendimento médico e desastres (ANDREWS, 2007). Entre outras características, o PIB também subvaloriza o tempo usado para lazer e para a produção não-remunerada. Todavia, é conhecido que o trabalho não-remunerado e voluntário contribui para a felicidade e o bem estar.

Por conta das limitações do PIB em medir o bem-estar da população, o presidente da França Nicolas Sarkozy criou, em 2008, a Comissão para Medição do Progresso Econômico e Social, composta por economistas reconhecidos mundialmente como Amartya Sen, Joseph Stiglitz e Jean-Paul Fitoussi. O relatório final da comissão, divulgado em 2009, reúne três diferentes conjuntos de indicadores de progresso: (a) uma versão revisada do PIB; (b) indicadores objetivos de sustentabilidade ambiental e (c) indicadores de bem estar e felicidade. Como principal recomendação do relatório, foi apontada a necessidade de

modificar o enfoque da mensuração da produção econômica para mensuração de bem-estar da população (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009).

Atualmente, além da França, outros países como Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Suíça, Espanha, Hungria, África do Sul, Tailândia e Coreia do Sul, tem seguido caminhos semelhantes ao Butão na construção de indicadores que ampliem a capacidade de decisão política em direção ao bem-estar das populações. A implantação do FIB no Brasil já tem experiências em Angatuba (SP), Itapetininga (SP), Campinas (SP) e Curitiba (PR) (PENNOCK, 2008).

Enquanto o PIB se sustenta na concepção de que a acumulação financeira leva a um maior bem-estar, a literatura aponta que, tanto para nações quanto para indivíduos, quando superado um limiar de subsistência com dignidade (incluindo água, comida, saneamento básico), o aumento do poder aquisitivo não se relaciona com um incremento significativo nos níveis de felicidade (DIENER; BISWAS-DIENER, 2002; CORBI; MENEZES FILHO, 2006).

Em muitos países ocidentais a renda real elevou-se drasticamente a partir da segunda Guerra Mundial, ao mesmo tempo em que medidas indicaram que o bem-estar subjetivo manteve-se constante ou sofreu até pequenas quedas durante o período (DIENER; BISWAS-DIENER, 2002).

1.2.2 Conceitos de Felicidade

Muitos pesquisadores, filósofos e teólogos, em termos amplos e gerais, buscaram e tem procurado conceituar o termo. Destas indagações culminaram múltiplas noções do que é a felicidade, tornando o objetivo de compilar e interpretar tais conceituações uma tarefa árdua, complexa e, naturalmente, incompleta e parcial.

Neste momento, intencionalmente foi realizada uma delimitação nas definições citadas em trabalhos científicos. Apesar de diversos conceitos sobre felicidade, é ponto comum entre tais definições que ela é um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e prazer.

Importante ressaltar para fins de compreensão que se utilizará felicidade e bem-estar subjetivo (BES) como sinônimos, visto que não se acredita que haja uma felicidade além daquela percebida subjetivamente pelo indivíduo. Segundo Diener (2000), felicidade é uma denominação coloquial para BES. Easterlin (2003) reitera ao afirmar que tais termos são intercambiáveis e que satisfação de vida também pode ser considerada um sinônimo de

felicidade. Outros autores optam por utilizar o termo bem-estar psicológicos em vez de bem-estar subjetivo ou felicidade.

Para o Dicionário Houaiss da língua portuguesa (HOUAISS, 2004) felicidade é definida como: "1. qualidade ou estado feliz, estado de uma consciência plenamente satisfeita, satisfação, contentamento, bem-estar; 2. boa fortuna, sorte; 3. bom êxito, acerto, sucesso".

Outro conceito disponível é o da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reconhece "felicidade" como um descritor em ciências da saúde e a define como sendo uma "emoção altamente prazerosa que se caracteriza por manifestações externas de gratificação; alegria".

Segundo Cloninger (2004) a felicidade é o sentimento que revela a compreensão coerente e lúcida do mundo, ou seja, a felicidade autêntica requer uma maneira coerente se viver. Isto envolve todos os processos humanos que regulam os aspectos materiais, sexuais, emocionais, intelectuais e espirituais da vida (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

De acordo com Diener, Lucas e Oishi (2002), o bem-estar subjetivo corresponde à avaliação, tanto cognitiva como afetiva, que uma pessoa faz acerca da sua própria vida. Dessa forma, trata-se de um conceito amplo que inclui: experiências emocionais agradáveis, baixos níveis de humores negativos e alta satisfação com relação à vida (DIENER; LUCAS; OISHI, 2002).

Já Demo (2001) conceitua felicidade, partindo da constatação simples e cotidiana, como sendo o que mais se busca todo dia e o que menos se alcança. É o paradoxo da felicidade.

[...] felicidade é um processo tipicamente ambivalente (BAUMAN, 1999), no sentido radical do termo: quanto mais se tenta formalizar, mais se mostra em processos de desformalização. Aí repontam tanta a individualidade quanto o contexto social, o horizonte infinito dentro de um espaço pequeno, a alegria incontida que provém da superação da dor, os desencontros dos encontros. É a ambivalência do próprio ser humano: problemático por definição, não por problema. Quando se diz feliz, não é porque tenha resolvido seus problemas, mas porque os sabe administrar, ou porque os tem tornados interessantes. Afinal, a criatividade só pode surgir de ambiente problemático. Onde não há problema, também não há o que fazer de novo e interessante (DEMO, 2001, p. 11).

Neste estudo a felicidade foi entendida de acordo com a definição de Veenhoven (1997): "o grau ao qual uma pessoa avalia positivamente a qualidade global de

sua vida como um todo, no presente". É importante destacar que o enfoque dado nesta investigação relaciona-se com a avaliação da vida como um todo, não focando em domínios específicos, como o trabalho, saúde ou vida familiar.

1.2.3 Mensuração da Felicidade

Será que a felicidade pode ser medida? Desde a década de 1960, quando surgiram as primeiras pesquisas sobre o tema, iniciou-se um grande debate metodológico. Sabe-se que não se pode quantificar a felicidade como se faz com peso, altura ou pressão arterial de indivíduos (CORBI; MENEZES FILHO, 2006). A felicidade é um fenômeno extremamente complexo, subjetivo e não-linear, tornando-se difícil qualquer intenção de formalização (DEMO, 2001). Desta forma, se discute a maneira como foi conduzida a produção científica nas últimas décadas, por meio de questionários fechados e entrevistas aplicadas a amostras representativas (nem todas) de diversas sociedades, surgindo inegavelmente dúvidas metodológicas legítimas e difíceis de serem respondidas. Mas, ao mesmo tempo, tais questionamentos não desqualificam este tipo de estudo, pois é uma aproximação do entendimento de como opera e o que determina o bem-estar subjetivo dos indivíduos (CORBI; MENEZES FILHO, 2006).

Da mesma maneira que não se tem um consenso sobre os conceitos de felicidade e construtos correlatos, também não há concordância quanto à forma mais adequada de aferi-los e se realmente uma experiência subjetiva pode ser mensurada por meio da sua objetivação (SINK, 2000; DEMO, 2001).

Segundo Veenhoven (1997) existe uma gama de questões que devem ser esclarecidas acerca das abordagens metodológicas utilizadas pelas pesquisas científicas. Entre elas se destacam:

- ✓ A inferência acerca dos sentimentos de felicidade e afetos positivos só pode ser realizada a partir de uma autopercepção do sujeito entrevistado. Sendo assim, de forma alguma o bem-estar subjetivo pode ser um fenômeno avaliado por outra pessoa que não o próprio indivíduo.
- ✓ Com relação à validade das informações obtidas, ressalta a proposição de que a maioria das pessoas não tem uma opinião formada sobre sua felicidade. Elas poderiam dizer que são felizes ainda que, de fato, experimentassem baixo índice de bem-estar subjetivo, sendo levadas pela

ideia de que esta seja a resposta mais aceita moral e socialmente. Porém, mesmo que isso possa ocorrer ocasionalmente, não parece ser a regra. A maioria das pessoas tende a ter uma boa noção sobre o fato de se elas apreciam ou não suas próprias vidas. Segundo Veenhoven (1997), oito em cada dez cidadãos americanos pensam sobre o assunto uma vez por semana. Outro indício positivo é o fato de que a porcentagem de pessoas que se mostram indecisas ou que não sabem responder quando se deparam com questões indagando sobre o seu nível de felicidade é próxima a 1% (CORBI; MENEZES FILHO, 2006).

- ✓ Quanto à confiabilidade dos dados, embora as perguntas pareçam medir o nível de felicidade individual, não conseguem fazê-lo com grande precisão. Quando a mesma pergunta é feita duas vezes durante a mesma entrevista, as respostas nem sempre são idênticas. A correlação é de aproximadamente 0,70. Duas semanas após a entrevista, a confiabilidade do teste - reteste declina para cerca de 0,60.
- ✓ Um aspecto importante é a comparabilidade do nível de felicidade entre indivíduos e nações. A crítica se dá na direção de que as perguntas de felicidade permitem que cada pessoa responda de acordo com o seu próprio conceito de bem-estar subjetivo, tornando a comparação interpessoal inexecutável. Por outro lado, a essência da resposta é semelhante na maioria das pessoas de diferentes localidades do mundo, consistindo principalmente nas questões referentes à vida familiar, saúde, situação financeira e emprego. Dessa forma, mesmo que cada indivíduo tenha a liberdade de definir seu próprio conceito de felicidade, na prática, o conteúdo das respostas varia pouco possibilitando, assim, comparações acerca do bem-estar subjetivo individual e de grupos sociais.

Segundo Easterlin (2003), existe uma substancial literatura metodológica sobre a confiabilidade, validade e comparabilidade das respostas (DIENER et al., 1985; VEENHOVEN, 1997) acerca da pergunta: Considerando tudo, você diria que "é muito feliz, feliz, ou não muito feliz?" Mesmo considerando os problemas referentes a este questionamento, é consenso que as respostas são significativas e razoavelmente comparáveis entre grupos de indivíduos.

Desta maneira, considerando todos os pontos acima destacados, Veenhoven (1997) ressalta que a felicidade pode ser definida como a apreciação subjetiva da vida como um todo. Neste sentido, a felicidade não é um conceito ilusório e pode ser conceituada e medida.

Existem inúmeros instrumentos para medir a felicidade que se dividem em escalas de um único item e medidas de múltiplos itens. A seleção do instrumento a ser utilizado dependerá de diversos fatores, incluindo a população de estudo, as características psicométricas do instrumento, o número de itens presentes no questionário e acessibilidade da escala (BEKHET; ZAUSZNIIEWSKI; NAKHLA, 2008).

Escalas com múltiplos itens vêm cada vez mais sendo utilizadas com o objetivo de obter medidas mais globais de bem-estar subjetivo, que consegue apreender dados referentes a vários construtos: felicidade, afeto positivo e ausência de afeto negativo para a obtenção de uma pontuação única (SCALCO, 2008). Entre as aferições mais aceitas pela comunidade científica se evidenciam, atualmente, a Escala de Satisfação da Vida (DIENER et al., 1985) e a Escala PANAS-X (WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988). Na Figura 2, é possível visualizar uma descrição de escalas e questionários usados para avaliar felicidade e bem-estar subjetivo disponíveis na literatura.

1.2.4 Interrelação entre Felicidade e o Processo Saúde-Doença

Nas últimas décadas, o tema da felicidade tornou-se um tema comum em sociologia e psicologia. Apesar de poucos trabalhos científicos publicados sobre o papel da saúde no aumento do bem-estar subjetivo e vice-versa, verifica-se a tendência de ampliação de investigações na área médica. A maioria dos estudos sobre o assunto é parte de um campo de pesquisa maior, usualmente chamado de qualidade de vida (VEENHOVEN, 1997).

Pressman e Cohen (2005) relatam em seu artigo de revisão "*Afetos positivos influenciam a saúde?*" que livros de auto-ajuda, revistas populares e jornais há anos tem sugerido que os afetos positivos podem melhorar a saúde das pessoas. No entanto, essa hipótese tem sido relativamente ignorada em pesquisas sobre determinantes de saúde. Em uma busca na base de dados PsycINFO revelou que existem mais de 20 vezes mais estudos sobre a "depressão e saúde" do que há sobre "felicidade e saúde" (PRESSMAN; COHEN, 2005).

É amplamente reconhecido pelos adeptos da medicina holística e pesquisadores da psicologia que os fatores mentais podem influenciar o funcionamento físico

e que o bem-estar subjetivo atua positivamente na saúde física (VEENHOVEN, 2008). Contudo, essa relação ainda é muito pouco abordada cientificamente na área da saúde coletiva e, por ser um tema emergente, deve ser explorado pela epidemiologia.

Sabe-se que as emoções estão intimamente envolvidas na iniciação ou progressão do câncer, HIV, doenças cardiovasculares e transtornos auto-imunes (BARAK, 2006). Salovey et al. (2000) publicaram uma revisão na qual concluíram que muito mais se sabe sobre a influência dos afetos negativos sobre a saúde física, como por exemplo, a diminuição na produção de anticorpos (COHEN, 2002) aumento do risco de doença coronária, diabetes tipo 2 e mortalidade prematura (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005), do que como os afetos positivos podem protegê-la (BARAK, 2006). Há evidências crescentes de que os estados afetivos estão associados com a promoção da saúde e prevenção de doenças (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005; VEENHOVEN, 2008), mas os caminhos pelos quais tais efeitos podem ser mediados ainda são mal compreendidos (STEPTOE; WARDLE, 2005; STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005).

Figura 2 – Descrição de escala e questionário usados para avaliar felicidade e bem - estar subjetivo disponíveis na literatura

Escala	Nº de itens	Métodos da escala	Interpretação da pontuação	Intervalo	Confiabilidade e validade
ESCALAS DE MÚLTIPLOS ITENS					
1. The Bradburn Affect Balance Scale (Bradburn & Caplovitz, 1965)	10	Sim/Não	A escala é pontuada pela subtração dos itens negativos dos positivos mais uma constante 5 para evitar valores negativos	0-15	1. Teste-reteste: 0,29 2. Alfa de Cronbach: 0,59 - 0,65
2. The Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (Kosma & Stones, 1980)	24	Sim/Não	A escala é pontuada pela subtração dos itens negativos dos positivos	0-48	1. Teste-reteste: 0,70 2. Alfa de Cronbach: 0,80 - 0,86
3. Satisfaction with life scale (Diener et al., 1985)	5	Cinco itens com respostas entre um (discordo fortemente) e sete (concordo fortemente), totalizando um score mínimo de cinco (menor satisfação) e máximo de 35 (maior satisfação)	Quanto mais alta a pontuação, mais alta a felicidade	5-35	1. Teste-reteste após 2 meses: 0,82 2. Alfa de Cronbach: 0,87
4. The Oxford Happiness Inventory (Argyle et al., 1989)	29	Quatro itens numerados de 0 - 3	Quanto mais alta a pontuação, mais alta a felicidade	0 - 87	1. Teste-reteste: 0,78 2. Alfa de Cronbach: 0,90 - 0,92

continua

<i>continuação</i>					
Escala	Nº de itens	Métodos da escala	Interpretação da pontuação	Intervalo	Confiabilidade e validade
ESCALAS DE MÚLTIPLOS ITENS					
5. Chinese Happiness Inventory (Lu & Shih, 1997)	48	Cada item tem quatro declarações e cada declaração representa um nível diferente de experiência subjetiva de felicidade, que em seguida, codificada como 0, 1, 2, 3.	Quanto mais alta a pontuação, mais alta a felicidade	0 - 144	1. Alfa de Cronbach: 0,94
6. The Oxford Happiness Questionnaire (Hills & Argyle, 2002)	29	Escala de seis pontos de Likert variando de 1 (discordo plenamente) para 6 (concordo plenamente).	Quanto mais alta a pontuação, mais alta a felicidade	29 - 174	1. Alfa de Cronbach: 0,91
7. The Depression-Happiness Scale (McGreal & Joseph, 1993)	25	Escala de quatro pontos desde nunca (0) para (3) muitas vezes	Quanto mais alta a pontuação, mais alta a felicidade e menor a depressão	0 - 75	1. Alfa de Cronbach: 0,93
8. The Mood Survey (Underwood & Froming, 1980)	18	Escala de seis pontos de Likert variando de 1 (discordo plenamente) para 6 (concordo plenamente).	Quanto mais alta a pontuação, mais alta a felicidade	Não mencionado	1. Teste-reteste: 0,55 - 0,90
9. The Subjective Happiness Scale (Lyubomirsky & Lepper, 1999)	4	Escala de sete pontos de Likert variando de 1 (pessoa não muito feliz) para 7 (pessoa muito feliz).	A média das respostas compõe um escore composto	4 - 28	1. Teste-reteste: entre 0,71 e 0,90 2. Alfa de Cronbach: entre 0,85 e 0,95
<i>continua</i>					

<i>continuação</i>					
Escala	Nº de itens	Métodos da escala	Interpretação da pontuação	Intervalo	Confiabilidade e validade
ESCALAS DE MÚLTIPLOS ITENS					
10. The Happiness Subscale of the short version of the Adolescent General Wellbeing (Columbo, 1984/1986)	9	Escala de quatro pontos de Likert	Pontuação mais alta reflete maior percepção de felicidade	5 - 49	1. Alfa de Cronbach: 0,87 - 0,90
11. Marital Happiness Scale (Azrin et al, 1973)	10	Cada um dos 10 itens marca um pontuação de felicidade que varia de 1 "Totalmente insatisfeito" a 10 "totalmente satisfeito".	Pontuação mais alta reflete maior percepção de felicidade	10 - 100	Não relatada
12. Positive and Negative Affect Schedule-expanded Form - PANAS-X (Watson, Clark, 1991) <i>Versão expandida da PANAS (Watson et al, 1988)</i>	60	A avaliação descreve sentimentos que devem ser respondidos de acordo com uma escala de 5 pontos: muito pouco ou nada, um pouco, moderadamente, muito e excessivamente permitindo o uso como medida de estado ou de traço	Não relatado	60 - 3000	1. Alfa de Cronbach: 0,83 - 0,90 (afeto positivo) 2. Alfa de Cronbach: 0,85 - 0,90 (afeto negativo)
13. Subitem da Escala de Depressão do Centro de Vigilância (CES-D)	4	Cada uma das 4 categorias marca uma pontuação que varia de 0 "raramente ou nenhum tempo (<1 dia/semana)" a 3 "a maior parte ou todo o tempo (5-7 dias/semana)".	Quando a soma da pontuação é 12 classifica-se o indivíduo como feliz.	0 - 12	2. Alfa de Cronbach: 0,86

<i>continuação</i>					
Escala	Nº de itens	Métodos da escala	Interpretação da pontuação	Intervalo	Confiabilidade e validade
ESCALAS DE ÚNICO-ITEM					
1. Delighted - Terrible scale (McDowell; Newell, 1996 apud Scalco, 2008)	1	Como você se sente sobre sua vida como um todo?	Escala likert com sete pontos, variando de terrível a satisfeito.	-	1. Teste-reteste: 0,70 quando aplicadas ao fim de uma mesma entrevista; 2. Teste-reteste: 0,60 quando reaplicadas após uma semana 3. Ausência de estudos de validade
2. Escala de faces (McDowell; Newell, 1996 apud Scalco, 2008)	1	Qual dessas expressões mais se aproxima do seu sentimento sobre a felicidade?	A resposta contém 7 faces cujas expressões variam de muito positivo a muito negativo.	-	Idem ao item 1 (escalas de único-item)
3. Escala da escada (McDowell; Newell, 1996 apud Scalco, 2008)	1	Aqui está uma foto de uma escada. Suponha que a parte superior da escada representa a melhor vida possível para você e para a parte inferior da escada a pior vida possível. Hoje, em que posição estaria na escada?	Resposta apresenta uma escada de 10 degraus (composta por 11 números).	-	Idem ao item 1 (escalas de único-item)

(BEKHET; ZAUSZNIEWSKI; NAKHLA, 2008) adaptado pela autora

Segundo Giannetti (2002) existe um forte vínculo positivo entre saúde e bem-estar subjetivo; ocorre porém que ele somente se mantém quando o indicador de saúde utilizado é a percepção que a própria pessoa tem do seu estado de saúde: a correlação enfraquece ou desaparece por completo quando o indicador utilizado é a avaliação feita pelos médicos sobre o estado de saúde daquela pessoa ou, ainda, a frequência com que ela precisou consultar serviços médicos ou ser hospitalizada, ou seja, as crenças do indivíduo sobre a própria saúde têm maior grau de correlação com a sua felicidade do que com indicadores objetivos de saúde. Estas conclusões corroboram informações examinadas por Angner et al. (2009), exceto para as condições que perturbam o funcionamento diário ou são relacionados com o estigma social.

Apesar disso, Benyamini, Leventhal e Leventhal (1999) salientam que esta situação não significa necessariamente que a relação da saúde objetiva é um fator mais fraco, uma vez que indicadores objetivos não captam aspectos relevantes da saúde.

Easterlin (2003) relata que declínios no estado de saúde dos indivíduos mudam permanentemente o nível de felicidade, apesar de existir uma corrente forte dentro da psicologia que contesta essa ideia ao aceitar a teoria da adaptação completa ou setpoint. Este autor ainda descreve que indivíduos que autorrelatam ter saúde precária apresentam consistentemente níveis mais baixos de felicidade ao serem comparados com o grupo mais saudável.

Interessante ressaltar que segundo Ross (2005), além da associação positiva entre saúde subjetiva e felicidade individual, existe uma tendência ainda mais forte na análise coletiva: comunidades saudáveis tendem a ser comunidades mais felizes.

Este fato instigante pode ser parcialmente esclarecido a partir dos achados de pesquisa longitudinal desenvolvida ao longo de 20 anos em Framingham (FOWLER; CHRIS-TAKIS, 2008). Fowler e Christakis, ao analisarem a dinâmica da propagação da felicidade em redes sociais, concluíram que a felicidade das pessoas depende da felicidade dos outros com quem eles estão ligados. Desta maneira, assim como a saúde, o bem-estar subjetivo é um fenômeno coletivo. Além disso, se tem ideia que, da mesma forma que acontece com a felicidade, outros estados emocionais possam ser propagados através das redes sociais como a depressão, solidão, re silencia e otimismo. Inclusive já existem estudos científicos que demonstram a difusão do tabagismo (CHRISTAKIS; FOWLER, 2007) e obesidade (CHRISTAKIS; FOWLER, 2008) na trama social.

Lombalgia é outro exemplo de condição que pode se propagar nas redes sociais. Um grupo de alemães estudou a possível transmissão de dores nas costas ao explorar

um experimento natural fornecido pela reunificação da Alemanha. Antes da queda do muro de Berlim, a Alemanha Oriental tinha taxas bem mais baixas de dor nas costas que a Alemanha Ocidental, mas no espaço de dez anos após reunificação, as taxas convergiram para o mesmo índice. Os autores afirmam que a lombalgia deve ser considerada uma doença socialmente transmissível, justificando que as crenças e atitudes relacionadas à dor persistente são veiculadas pela mídia de massa e pelos contatos pessoais (RASPE; HUEPPE; NEUHAUSER, 2008).

Estas constatações abrem caminho para uma nova e inovadora abordagem de compreensão dos eventos de interesse da saúde coletiva, levando a crer que, por mecanismos diferentes, não apenas as doenças infecciosas são transmissíveis; as doenças crônicas e a saúde também podem ser.

Contudo, segundo Castiel, Valero e Vasconcellos-Silva (2011), é necessário ressaltar diante de pesquisas comunitárias, como as realizadas por Fowler e Christakis, já que fazem análises de fenômenos complexos, como a felicidade e a obesidade, a partir de abordagens reducionistas, sem a contextualização devida por exemplo, de questões culturais, sociais e subjetivas que poderiam participar na explicação destes desfechos. Mesmo assim, os autores relatam que *"... é intuitivo cogitar-se que sentimentos e emoções têm uma forte capacidade de propagação nos coletivos humanos"* (CASTIEL; VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011, p.114).

Partindo da premissa que felicidade e saúde são fenômenos interrelacionados, avança-se a hipótese que a saúde pública possa ser promovida através de políticas que visem maior felicidade para um número maior de pessoas (VEENHOVEN, 2008). Por outro lado, a doença é uma potencial fonte de infelicidade para as pessoas e também para aqueles indivíduos que o cercam. Proporcionar atendimento de qualidade para aqueles que estão doentes podem não só melhorar o seu bem-estar subjetivo, mas também pode ampliar o bem-estar subjetivo de muitos outros, num movimento de cascata, justificando assim ainda mais a busca por um sistema de saúde equânime, universal e integral (CHRISTAKIS; FOWLER, 2008; VEENHOVEN, 2008).

Assim, se existe uma relação positiva entre felicidade e saúde, em qual extensão a ciência tem contribuído para elucidar essa relação? Atualmente, existem duas teorias sobre como se dá o processo de mediação entre estados afetivos e saúde (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005), sendo que uma abordagem não exclui a outra.

A primeira delas enfatiza que o bem-estar positivo está associado com hábitos favoráveis à saúde baseando-se no autocuidado. Pessoas que se julgam felizes vivem

de maneira mais saudável, porque são mais dispostas a prestar atenção a seu peso, são mais perceptivas aos sintomas de doenças, praticam numa frequência maior atividade física e tendem a ser mais comedidas com relação à ingestão de bebida alcoólica e ao tabagismo (SCHULZ, 1985 apud VEENHOVEN, 2008).

A segunda possibilidade é que esta associação é mediada por processos psico - neuroimunológicos (FOWLER; CHRISTAKIS, 2008), que pode ser definido como a via pela qual os fatores psicossociais estimulam sistemas biológicos através da ativação do sistema nervoso central autônomo, respostas neuroendócrinas, inflamatórias e imunológicas (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005).

1.2.4.1 Sistema imune

Segundo Cohen (2002), o luto, depressão, estresse e ansiedade podem reduzir o número de células do sistema imunológico que auxiliam no combate às infecções. As emoções negativas, portanto, podem contribuir para a infecção prolongada, o que pode ser fatal nos idosos ou pessoas com infecção crônica. Esta situação tem sido particularmente notada em pessoas que são portadoras do HIV.

A justificativa mais comumente aceita para explicar a diminuição da resposta imunológica tem relação com a ativação do sistema de luta ou fuga¹, que é conhecido por envolver os efeitos nocivos à saúde a longo prazo. A infelicidade ou a presença crônica de emoções negativas, além de reduzir a resposta imunológica, também aumenta a pressão arterial devido uma descarga do sistema simpático (COHEN, 2002).

Barak (2006), em revisão de literatura sobre o tema, aponta para associação de afetos positivos com melhor resposta imune. Os resultados da análise revelaram que emoções agradáveis induziram o aumento de imunoglobulina A e diminuição de cortisol salivar. Além disso, estudos científicos mostram que ficar relaxado e calmo, ter relacionamentos significativos, ser bem-humorado(a) e ser otimista são alternativas capazes de impulsionar a produção de anticorpos e melhorar o sistema imunitário (COHEN, 2002).

Os mecanismos pelos quais os afetos positivos interferem no sistema imunológico ainda são desconhecidos. Desta forma, mais investigações são necessárias para

¹ A reação de lutar ou fugir, também chamada de reação de estresse agudo, diz que os animais reagem às ameaças com uma descarga de adrenalina (epinefrina) e de noradrenalina (norepinefrina) pelas glândulas adrenais na corrente sanguínea, fazendo com que o animal permaneça e lute ou fuja para se defender.

expandir as informações sobre as interações fisiológicas e imunológico dos estados emocionais positivos e seus efeitos benéficos na saúde (BARAK, 2006).

1.2.4.2 Mortalidade

Pressman e Cohen (2005), ao revisar publicações sobre a relação entre saúde e afetos positivos, concluíram que há evidência de menor mortalidade em populações com altos índices de afetos positivos mensurados como traço.

Em outra pesquisa, Koivumaa-Honkanen et al. (2000) investigaram a correlação entre satisfação com a vida e mortalidade em um estudo de coorte prospectivo (1976 -1995) entre finlandeses adultos saudáveis. Os achados deste trabalho indicam que insatisfação com a vida prediz maiores taxas de mortalidade, especialmente entre os indivíduos do sexo masculino, e portanto, serviria como um indicador geral de risco à saúde.

Whittington e Huppert (1998) demonstraram que a mortalidade em uma coorte britânica acompanhada por sete anos estava mais associada à ausência de afetos positivos do que com a presença de sintomas de sofrimento psíquico.

Globalmente, as evidências para a associação entre afetos positivos e mortalidade são mais consistentes em estudos com população idosa. Segundo Pressman e Cohen (2005), de oito artigos sobre o assunto, sete verificaram que as emoções positivas estavam associadas à menores taxas de mortalidade, mesmo após o controle das variáveis de confusão.

1.2.4.3 Longevidade

Os resultados obtidos por Veenhoven (2008), a partir de uma revisão de literatura com 30 estudos sobre felicidade e longevidade, demonstram que a felicidade não prediz longevidade em populações doentes, mas o efeito da felicidade sobre a longevidade em populações saudáveis é notavelmente forte. O tamanho do efeito chega a ser comparável ao do tabagismo ou não. Assim, a felicidade não cura a doença, mas poderia proteger contra seu início.

Danner, Snowdon e Friesen (2001) revelaram dados interessantes em um estudo longitudinal com freiras acompanhadas por décadas, o qual apontou que aquelas com mais afeto positivo demonstrado, por meio da análise de anotações em seus diários quando

novas, tiveram uma expectativa de vida cerca de dez anos maior do que aquelas classificadas com menor afeto positivo.

Entre as freiras consideradas mais alegres, 90% viveram até os 85 anos ao passo que apenas 34% das classificadas como mais tristes chegaram a esta idade. Seguindo a mesma tendência, 54% das mais felizes viveram até os 94 anos, contra 11% das infelizes. A associação inversa entre afeto positivo e risco de mortalidade na idade avançada foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

1.2.4.4 Sistema cardiovascular

Na última década, pesquisas têm demonstrado que níveis mais elevados de emoções positivas diminuem significativamente a incidência de doenças cardíacas e acidente vascular cerebral (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005). Além disso, ajudam na recuperação de pacientes que tiveram problemas no sistema cardiovascular.

Davidson, Mostofsky e Whang (2010) demonstraram, em estudo longitudinal prospectivo de 10 anos entre adultos canadenses, que elevados níveis de emoções positivas, independentemente dos afetos negativos, estão associados a menor risco de acidente cardiovascular ($p=0,02$). Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada nos Estados Unidos (KUBZANSKY; THURSTON, 2007) e Japão (SHIRAI et al., 2009).

Ostir et al. (2008), em estudo longitudinal em indivíduos com mais de 55 anos, apontam que a emoção positiva está associada com evoluções no estado funcional, motor e cognitivo após acidente vascular cerebral.

Em trabalho realizado por Steptoe, Wardle e Marmot (2005) verificou-se que tanto no dia de trabalho como no de lazer, os indivíduos que afirmaram serem mais felizes apresentaram menores níveis de cortisol na saliva, independentemente de aflição psicológica e de outras covariáveis. A relação inversa entre cortisol e afeto positivo é potencialmente relevante para a saúde, já que o cortisol é um hormônio do estresse relacionado a uma série de patologias, incluindo a obesidade abdominal, diabetes tipo 2, hipertensão e doenças auto-imunes.

Investigações têm relatado que afetos negativos ou fatores psicológicos, como ansiedade, depressão, raiva e hostilidade, são preditivos de desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica (JONAS; LANDO, 2000; YAN et al., 2003; LARKIN; ZAYFERT, 2004) e da diabetes mellitus (CARNETHON et al., 2003; MOREIRA et al., 2003).

Recentemente, entretanto, tem sido verificada a associação de emoções positivas - como a felicidade - com a prevalência de doenças crônicas, como é o caso da pesquisa realizada por Blanchflower e Oswald (2008) que analisaram dados de 15 mil indivíduos amostrados aleatoriamente em 16 países europeus e concluíram nos países com maiores níveis de felicidade entre seus habitantes apresentaram menores prevalências de hipertensão arterial. Já com relação a trabalhos científicos sobre "diabetes mellitus" e "felicidade", tanto no Brasil como mundo, a literatura consultada aponta a inexistência de estudos de base populacional sobre o tema.

1.3 CONTRIBUIÇÕES DO AMOR PARA A QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Se fosse possível definir o amor em sua magnitude e beleza, quem sabe a sentença de Gandhi seja uma das que mais reflete seu significado verdadeiro: *'O amor é a força mais abstrata, e também a mais potente, que há no mundo'*. No mesmo sentido, pensando em sua ausência, Madre Teresa declarou que *'a falta de amor é a maior de todas as pobreza'*.

Segundo Snyder e Lopez (2009), o amor pode ser definido como a valorização de relacionamentos íntimos com outros, especialmente aqueles nos quais há solidariedade e cuidados mútuos.

Apesar da dificuldade compreensível de buscar conceitos que abranjam a complexidade do que é o amor e ser amado, todas as pessoas, independente de qualquer fator - seja cultura, filosofia, religião ou condição - tem a capacidade de experienciá-lo em sua trajetória de vida. O amor, em todas as suas manifestações, seja por crianças, por pais, por amigos, por parceiros, dá profundidade aos relacionamentos humanos. Quando vivenciado com intensidade, faz com que as pessoas ampliem sua percepção de si, do outro e do mundo (SNYDER; LOPEZ, 2009).

Historicamente a compreensão do fenômeno do amor tem sido dedicado aos poetas, artistas, filósofos, líderes religiosos e espiritualistas. No meio científico, o estudo do amor tem sido negligenciado, e são escassas as investigações sobre o tema, seja na sua dimensão neurobiológica, psicológica, social ou na área da saúde. No Brasil, inexistem trabalhos neste âmbito. A maioria das informações disponíveis sobre essa importante emoção está sustentada no conhecimento empírico (ESCH; STEFANO, 2005a).

No que concerne aos poucos estudos publicados, o amor tem uma forte relação com o sentimento de vínculo, apoio, suporte e integração social. Num texto clássico

na área da psicologia, Cobb (1976) aponta que o suporte social está vinculado à crença que os indivíduos tem de acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele. Isto demonstra a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, sujeitos que nos valorizam e gostam de nós.

Estudos sobre a inter-relação entre amor, apoio social e saúde são especialmente relevantes em grupos etários específicos, como no caso da velhice, já que o isolamento social e a ausência de parentes, especificamente parentes mais próximos tais como cônjuge ou filhos, estão associados com doença e mortalidade entre pessoas idosas (UMBERSON; MONTEZ, 2010). A idéia de que as relações sociais familiares e entre amigos podem promover melhores condições de saúde física e mental tem sido comprovada cientificamente (GUEDEA ET al., 2006; UMBERSON; MONTEZ, 2010). O amor compartilhado contribui significativamente para um senso de controle pessoal, e isso tem uma influência positiva no bem-estar psicológico (RAMOS, 2002).

De acordo com Stefan e Esc. (2005), o amor tem conseqüências para a saúde e bem-estar. Entre as investigações publicadas, verificou-se que ter cônjuge tem sido associado à redução de angina pectoris em homens (MEDALIE; GOLDBOURT, 1976) e úlcera duodenal (MEDALIE et al., 1992). O amor dos pais tem sido associada a menor morbidade por doenças crônicas entre filhos (RUSSEK; SCHWARTZ, 1997) e a menores taxas de mortalidade por câncer (THOMAS, 1976). Aspectos do amor também tem sido relacionadas à redução de estresse (STEFANO; ESCH, 2005), maior autoestima (WALSH; WALSH, 1989), menor tendência ao comportamento suicida (HATTORI; TAKETANI; OGASAWARA, 1995) e melhor autopercepção de saúde (LEVIN, 2001).

1.4 O PAPEL DO BOM HUMOR NO BEM-ESTAR EMOCIONAL E SOCIAL

O sorriso e o riso são as respostas físicas mais comuns de bom humor, e segundo literatura científica, estão associados a emoções positivas, como alegria e prazer (KRUSE; PRAZAK, 2006; EKMAN, 2011) e relacionados a benefícios fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais (MORA-RIPOLL, 2010). Pode-se dizer que em todas as emoções agradáveis existe a expressão sorridente (EKMAN, 2011). O bom humor é considerado como a capacidade de experienciar a vida de maneira mais leve, mesmo em situações tensas, adversas e difíceis, levando as pessoas a rirem mais e com maior frequência do que habitualmente (BALLONE; ORTOLANI, 2007). Em seu livro *A expressão das*

emoções no homem e nos animais, Darwin (1871) classificou o sorriso e o riso como movimentos faciais inatos e universais.

Sabe-se que à medida que as habilidades humanas se aperfeiçoam, a capacidade de sorrir diminui. Em média, uma criança com seis anos sorri entre 300 e 400 vezes ao dia; um adulto 15 a 100 vezes e idosos sorriem menos de 80 vezes (CHRISTIAN et al., 2004). Além disso, há de se considerar que nem todos os sorrisos são considerados como reflexo de um estado elevado de espírito e de alegria de viver. Os sorrisos podem ser enganosos, já que a partir de comportamentos socialmente apropriados, com tendência ao riso 'protocolar', podem esconder pessoas com um estilo repressivo de enfrentamento de emoções negativas, não relacionados a nenhum tipo de satisfação (BALLONE; ORTOLANI, 2007; EKMAN, 2011).

Interessante destacar que foi há mais de 100 anos que Duchenne de Bologne, neurologista francês, descobriu como o verdadeiro sorriso de satisfação difere de todos os outros sorrisos. A partir de estímulos elétricos em diferentes regiões da face, investigou como cada músculo facial alterava a aparência das pessoas a partir de fotografias das contrações resultantes.

Segundo Duchenne, a emoção da alegria estava expressa na face pela contração combinada dos músculos *zigomático maior* e *orbicularis oculi*. O primeiro obedece à vontade, mas o segundo só é ativado por sentimentos verdadeiros, por uma emoção agradável. A inércia do *orbicularis oculi* no sorriso desmascararia um falso amigo (DUCHENNE, 1862 apud EKMAN, 2011). O sorriso verdadeiro, portanto, é aquele que os cantos da boca se erguem, as pálpebras se apertam e aparecem rugas em torno do canto do olho.

Após um século, Ekman e outros pesquisadores comprovaram as evidências de Duchenne e, a fim de homenageá-lo, denominaram o sorriso genuíno de '*sorriso de Duchenn*'. Em geral, as pessoas que sorriem com os 'olhos apresentam maior satisfação na vida, tem pressão arterial menor e seus cônjuges e amigos as consideram felizes (EKMAN; DAVIDSON; FRIESEN, 1990).

Passaram-se muitos anos após pesquisa de Duchenne e ainda são escassas as investigações sobre as contribuições do bom humor para a saúde (PENSON et al., 2005), em especial entre adultos e idosos (KRUSE; PRAZAK, 2006). No Brasil, pesquisas relacionadas ao bom humor, riso e sorriso são raras, e as encontradas focam-se em crianças em situação vulnerável de saúde em ambientes hospitalares. Estas pesquisas descrevem experiências de humanização como as de *Clowns* e Doutores da Alegria, que a partir de atividades lúdicas,

utilizam o bom humor como recurso terapêutico para auxiliar na superação de traumas inerentes ao processo de enfermidade e internação (BRASIL; SCHWARTZ, 2005; MUSSA; MALERBI, 2008; LIMA et al., 2009).

Em pesquisa em que avaliou a atuação dos Doutores da Alegria, Masseti (1998) demonstrou que a interação do palhaço com as crianças hospitalizadas tornou-as mais ativas, promoveu melhor aceitação dos procedimentos e exames, acelerou o processo de recuperação pós-operatória, diminuiu o estresse da equipe e dos pais e melhorou o relacionamento entre crianças, profissionais e familiares (MASSETI, 1998 apud MUSSA; MALERBI, 2008).

Entretanto, no Brasil, estudos de base populacional, com adultos e idosos, pautados na perspectiva preventiva e promocional do bom humor vinculado à saúde são inexistentes no contexto científico.

A literatura internacional aponta que o bom humor está relacionado positivamente a: (a) redução dos hormônios envolvidos na fisiologia do estresse (ROSNER, 2002); (b) redução da dor (STREAN, 2009; BENNETT, 2003); (c) melhora da imunidade (BERK et al., 2001); (d) redução da ansiedade, medo e estresse psicológico (BERK et al., 2001) e (e) melhora da inter-relação e comunicação entre equipe de saúde e usuário (PENSON et al., 2005). As pessoas que são bem-humoradas e riem com maior frequência são geralmente mais saudáveis e mais capazes de sair de situações de estresse com mais facilidade (BALLONE; PEREIRA NETO, 2007).

1.5 DOENÇAS CRÔNICAS: IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA E NO BEM-ESTAR INDIVIDUAL E COLETIVO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas são problemas de saúde que requerem acompanhamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, as "condições crônicas" abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos que aparentemente poderiam não ter nenhuma relação entre si. Embora algumas doenças transmissíveis (HIV/AIDS), não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer e diabetes) e incapacidades estruturais (amputações, cegueira e transtornos das articulações) pareçam ser condições de natureza diferente, incluem-se na categoria de condições crônicas (OMS, 2002).

- ✓ Segundo relatório da OMS (2002), as doenças crônicas abrangem:
- ✓ Condições não transmissíveis;

- ✓ Condições transmissíveis persistentes;
- ✓ Distúrbios mentais a longo prazo;
- ✓ Deficiências físico/ estruturais contínuas;

As condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de cuidados permanentes. Além disso, as doenças crônicas compartilham características preocupantes (OMS, 2002):

- ✓ Estão aumentando no mundo e todos os países estão expostos aos impactos causados por elas.
- ✓ Representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas eminentes.
- ✓ Causam sérias consequências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde em cada país.
- ✓ Podem ser minimizadas somente quando governantes adotarem mudanças e inovações.

As mortes causadas por doenças infecciosas, condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas devem reduzir em 3% na próxima década. Estima-se que, no mesmo período, os óbitos devidos às doenças crônicas devem aumentar em 17%. Isso significa que das 64 milhões de mortes estimadas para 2015, 41 milhões serão em decorrência de uma doença crônica (WHO, 2005).

Entretanto, estes óbitos não ocorrem de maneira equânime, pois apenas 20% das mortes por doenças crônicas acontecem em países de alta renda - enquanto 80% delas acontecem em países de renda baixa e média, onde vive a maioria da população do mundo (WHO, 2005).

O problema das doenças crônicas tem um forte impacto social e econômico para toda a população, já que traz relevantes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causa morte prematura e gera grandes e subestimados efeitos econômicos para as famílias, comunidades e sociedades em geral.

Considerando as doenças mais onerosas - as cardiovasculares e transtornos mentais - além das doenças respiratórias, diabetes e câncer, as análises econômicas indicam que, em 2030, os gastos com estas patologias crônicas chegarão a 47 trilhões de dólares, o que representa 75% do PIB global em 2010 (BLOOM et al., 2011).

No caso do Brasil, não diferente da tendência mundial, desde a década de 60 tem se caracterizado por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, acarretando transformações no seu perfil nosológico, como um aumento significativo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (MALTA et al., 2006). Com o envelhecimento da população brasileira, as doenças crônicas passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, já que em 1991 a população de idosos correspondia a 4,8% da população, ao passo que em 2010 aumentou para 7,4% (IBGE, 2011).

Entre as doenças classificadas como crônicas, a hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e dor crônica representam importantes demandas para os serviços de atenção primária à saúde devido à alta prevalência, dificuldades de diagnóstico e tratamento precoce, complicações, incapacidades - que podem comprometer qualitativa e quantitativamente o bem-estar da população. Por este motivo, estas foram as patologias crônicas selecionadas no presente estudo e que sinteticamente estão descritas abaixo.

1.5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o principal fator de risco modificável para as doenças cardiovasculares (NATION HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP, 1994), constituindo uma das principais causas evitáveis de morte prematura. A Organização Mundial da Saúde destaca que a hipertensão arterial é uma epidemia global (LAWES et al., 2006) que atinge mais de 1 bilhão de pessoas, sendo que quase dois terços dos hipertensos vivem em países em desenvolvimento.

Relatório recentemente publicado pela OMS alerta que 13% das mortes ocorridas no mundo são decorrentes da HAS, o que torna a hipertensão arterial o principal fator de risco de mortalidade. Em seguida está o uso do tabaco (9%), glicemia elevada (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009a).

A HAS ($\geq 140/90$ mmHg) é uma condição crônica de alta prevalência que atinge quase 29% da população adulta nos EUA e aproximadamente 44% na Europa (LAWES et al., 2006). Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de hipertensão arterial de 22,3% a 43,9% (SBC, 2007), o que a torna a patologia mais prevalente do Brasil. Além da magnitude do problema, trata-se de doença de relativa gravidade, em decorrência de sua cronicidade e de sua evolução para lesões de órgãos alvos, especialmente as cardiopatias, arteriopatias e doença renal.

Além do seu grande impacto sobre a saúde, a HAS representa também um enorme custo social e econômico. Em 1998, os Estados Unidos tiveram um gasto de US\$ 108,8 bilhões com a HAS e suas consequências, que representou aproximadamente 13% do orçamento de saúde (HODGSON; CAI, 2001).

No Brasil, os gastos com internação hospitalar por HAS atingiram mais de 45 milhões de reais e no Estado do Paraná mais de 2,5 milhões. Estima-se que, no Brasil, um terço das aposentadorias ocorra por invalidez precocemente (média de 55 anos de idade), tendo como principal causa a HAS (SESA, 2008).

Com relação à prevalência da HAS, os inquéritos permitem obter informações autorreferidas ou através de aferições de pressão arterial. Pelo caráter assintomático da doença, espera-se que a morbidade referida subestime a prevalência da hipertensão na população, pois para conhecer sua condição de hipertenso o indivíduo precisa ter utilizado o serviço de saúde.

Entretanto, existem estudos sobre a validade de dados de hipertensão autorreferida tanto no exterior (VARGAS et al., 1997) como no Brasil (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004), em ambos os estudos encontrou-se uma sensibilidade de 70% e especificidade de 90%, mostrando que a hipertensão autorreferida pode ser utilizada como estimativa da prevalência de HAS na ausência da medição da pressão arterial.

1.5.2 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é um dos problemas mais importantes de saúde pública (LIMA-COSTA et al., 2007), com incidência crescente, principalmente em países em desenvolvimento. Atualmente, no mundo, 6% das mortes são decorrentes das complicações da DM, sendo que 83% destas mortes ocorrem em países de baixa e média renda (WHO, 2009a). Em 1995, havia 135 milhões de diabéticos; as projeções indicam que esse número irá atingir 300 milhões no ano 2025 (OMS, 2002).

Nas Américas, o número de pessoas com diabetes foi estimado em 35 milhões em 2000 e espera-se aumentar para 64 milhões até 2025 (BARCELÓ; RAJPATHAK, 2001). No Brasil, o estudo mais abrangente sobre prevalência de diabetes mellitus foi realizado em 1988, em nove capitais de Estado. A prevalência média em adultos entre 30 e 69 anos foi de 7,6%, variando de 5,2% em Brasília a 9,7% em São Paulo (MALERBI; FRANCO, 1992).

São vários os fatores que estão associados com aumento prevalência de diabetes mellitus nas últimas décadas, entre eles se destacam: o aumento da expectativa de vida da população, o crescente consumo de gorduras saturadas, inatividade física e obesidade (OLIVEIRA et al., 2009; WHO, 2009a).

O DM é uma síndrome crônica de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. A longo prazo, as consequências do DM incluem disfunção e falência de vários órgãos, sobretudo rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2002a). A OMS destaca que as complicações crônicas do DM estão entre as principais causas de morte prematura em todo mundo, sendo que, na maior parte das vezes, estas causas seriam evitáveis (WHO, 2009a).

Importante salientar que mais de 50% dos pacientes com DM também são portadores de hipertensão arterial (BRASIL, 2002a), o que exige uma grande organização e planejamento dos sistemas de saúde para o controle e prevenção de acidentes cardiovasculares.

Assim, da mesma maneira que é observado com relação à HAS, o DM acarreta um enorme impacto socioeconômico para as populações atingidas. Em Taiwan, na China, só em 1997, os custos da assistência ao DM representaram 11,5% do custo total, sendo 4,3 vezes maior que o custo médio do tratamento de indivíduos não diabéticos (OMS, 2002).

1.5.3 Dor Crônica

A dor é definida pela literatura como uma experiência complexa subjetiva que envolve sensações e emoções desagradáveis associadas a um dano real ou potencial dos tecidos. A dor pode ser classificada em aguda e crônica, sendo que a aguda tem caráter transitório e está relacionada às afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias (CASTRO et al., 2006). Já a dor crônica é considerada como a que persiste além do tempo normal de cura que, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), é aquela tem duração igual ou superior a seis meses (MERSKEY, 1986).

A Sociedade Americana de Dor descreve a dor como o quinto sinal vital que deve ser avaliada conjuntamente com temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (SOUSA, 2002). A experiência dolorosa pode ser influenciada por fatores étnicos, culturais, demográficos, espirituais, sociais e familiares que interferem na sua expressão e manifestação (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006).

Sua prevalência tem se destacado nas últimas décadas em decorrência do processo de envelhecimento e aumento da longevidade, já que a dor crônica é uma das consequências sanitárias mais relevantes da transição demográfica (DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007). Entre os idosos, a dor crônica representa a principal queixa ambulatorial e o sintoma mais frequente nas anamneses, ocorrendo em 25 a 50% dos indivíduos (BRUMMEL-SMITH et al., 2002). Mesmo assim, a dor crônica é considerada um dos problemas mais subestimados e negligenciados pelos sistemas de saúde no mundo todo (WHO, 2004).

Em detrimento da dor, os portadores podem apresentar importantes complicações como depressão, ansiedade, afastamento social, agressividade, distúrbios de sono, agitação, comprometimento da função cognitiva, incapacidade funcional, mudanças na sexualidade e diminuição significativa da qualidade de vida (SANTOS et al., 2006). Entre as doenças que podem estar associadas à dor crônica destacam-se a osteoartrite, as neuropatias periféricas, a osteoporose, câncer e a AIDS.

Em decorrência da natureza complexa da dor crônica, não é possível mensurar sua prevalência por meio de avaliação de condições físicas bem delimitadas, como no caso da diabetes ou hipertensão arterial (MOREIRA JÚNIOR; SOUZA, 2003). Desta maneira, a mensuração da dor crônica tem sido feita por métodos subjetivos unidimensionais, como escala verbal, numérica, analógica visual, de faces e multidimensionais como o questionário de dor de McGill (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006).

Considerando o panorama da dor crônica, se faz necessária a implementação de políticas públicas que garantam diagnóstico, avaliação e tratamento por profissionais da saúde capacitados, a fim de minimizar os sintomas algícos e possibilitar uma qualificação do viver entre pessoas que convivem com a dor crônica.

1.5.4 Depressão

Os transtornos mentais são responsáveis por 13% da carga global de doenças, e tem-se a previsão que daqui vinte anos, aumente para 15%. Atualmente, a cada quatro pessoas, uma é portadora de transtornos mentais. Entre estas patologias, até 2030 estima-se que a depressão se torne a segunda maior causa de morbidade no mundo (WHO, 2009a).

A depressão é reconhecidamente um problema de saúde pública, sendo considerada de alta prevalência na população em geral, com incidência ainda maior em

populações que apresentam outras patologias (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). É uma das doenças mais incapacitantes no mundo (BROMET et al., 2011), pois interfere de modo decisivo e intenso na vida pessoal, profissional, social e econômica dos portadores. É potencialmente letal, já que nos casos de depressão grave existe o risco contínuo de suicídio (SILVA; FURE-GATO; COSTA JÚNIOR, 2003). Sabe-se que mais de 90% de um milhão de suicídios anuais estão associados com transtornos mentais (WHO, 2009a).

A presença de sintomas depressivos compromete todas as dimensões da qualidade de vida (LIMA; FLECK, 2009) e, dependendo da gravidade e intensidade destes sintomas, o seu impacto no bem-estar geral pode ser até 23 vezes maior comparativamente ao de outras doenças físicas (SPITZER et al., 1995).

Para Camon (2001), a depressão surge como resultante da inibição global da pessoa que afeta o funcionamento da mente, modifica a forma como a pessoa vê o mundo, percebe a realidade, compreende as coisas e manifesta suas emoções. Deste modo, é considerada uma doença do organismo como um todo, que compromete o ser humano na sua totalidade, não sendo possível uma fragmentação entre o biológico, mental e social.

Segundo Versiani (2004), embora possa ocorrer em episódios - de longa ou curta duração - ou apenas uma vez na vida de uma pessoa, a depressão é considerada uma doença crônica, que comumente está associada a patologias clínicas, em destaque as doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, renais, oncológicas e outras síndromes dolorosas crônicas (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Pessoas com depressão tem maior risco de sofrer de doenças clínicas pela diminuição da função imunológica, menor autocuidado relacionado à saúde, baixa adesão às orientações terapêuticas e barreiras socioeconômicas no acesso ao tratamento (WHO, 2009b).

Em relação à utilização de serviços de saúde, a depressão é um dos processos patológicos com maior frequência na atenção básica, com cerca de 10% de todas as novas consultas (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003). Segundo estudo realizado por Fleck et al. (2002), os indivíduos com maior gravidade de sintomas depressivos consultavam mais nas unidades de saúde, permaneciam mais tempo internados nos hospitais e faltavam mais dias ao trabalho do que os menos deprimidos.

Apesar da prevalência e magnitude dos transtornos mentais, muitos países não oferecem sistemas e serviços da saúde mental adequados às necessidades da população em decorrência, entre outros motivos, pela falta de profissionais de saúde capacitados a trabalharem na área. Além disso, menos de 28% dos países tem orçamento específico para cuidados em saúde mental (WHO, 2009b).

2 JUSTIFICATIVA

A literatura em saúde tem historicamente enfatizado o estudo de condições que refletem a ausência de doença (ALMEIDA FILHO, 2000b). Embora já sejam evidentes importantes esforços intelectuais para uma conceituação positiva da saúde, essa discussão ainda não foi consistentemente incorporada no âmbito da epidemiologia (AYRES, 2002). Trazer à tona a reflexão sobre os desafios epistemológicos para a epidemiologia, enquanto disciplina básica da saúde pública, é de fundamental importância para avançar nas respostas demandadas pelas sociedades a partir dos seus problemas de saúde.

Na perspectiva da epidemiologia da saúde, a opção por pesquisas que investiguem indicadores positivos e fatores de promoção da saúde é crescente, principalmente no contexto internacional.

Partindo da premissa que o objetivo das políticas públicas é ampliar o bem-estar para um número maior de indivíduos (VEENHOVEN, 1997; EASTERLIN, 2003), análises que objetivem compreender melhor as potencialidades humanas, a felicidade, amor, resiliência e outros estados emocionais agradáveis são imprescindíveis e urgentes.

Como enfatiza Moreira-Almeida (2007), ao se referir às investigações sobre espiritualidade, mas que bem cabe ao estudo de outros indicadores de bem-estar, como felicidade, amor e bom humor: "*A maioria das pessoas tem opiniões sobre o tema, mas habitualmente essas opiniões foram formadas sem uma análise aprofundada das evidências disponíveis. É fácil deslizar, por um lado, para um ceticismo intolerante e uma negação dogmática, ou, por outro lado, para uma aceitação ingênua de afirmações pouco fundamentadas*" (MOREIRA-ALMEIDA, 2007, p. 4).

Apesar dos questionamentos sobre a objetivação de fenômenos subjetivos, como é o caso da felicidade (SINK, 2000; DEMO, 2001), existem autores que acreditam que seja possível e necessário conceituar e mensurar o bem-estar subjetivo (VEENHOVEN, 1997; SELIGMAN, 2009). Assim sendo, as pesquisas que envolvem a definição e aferição de temas contraditórios e instáveis não perdem a validade, nem devem ser depreciados ou desqualificados. Ressalta-se que a ciência é a arte do questionamento sistemático crítico e dela não decorrem certezas, mas apenas um posicionamento teórico e respectiva prática melhor fundamentados (DEMO, 2001).

No Brasil, por motivos que estão relacionados ao preconceito, desinteresse ou dificuldades em mensurar fatores complexos e subjetivos, o estudo dos indicadores de bem-estar é negligenciado, seja como desfecho, seja como variáveis preditivas de desfechos

em saúde. Como reflexo, as pesquisas científicas sobre a felicidade e outras emoções agradáveis no Brasil são raras (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007; SCALCO, 2008; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008), e sua aplicação na epidemiologia é praticamente inexistente.

Por essa razão, ao considerar as peculiaridades sociodemográficas, econômicas, culturais e religiosas da população brasileira, pesquisas no Brasil devem aprofundar o conhecimento acerca de indicadores de bem-estar. Estas investigações precisam ocupar espaço prioritário nas agendas de formuladores de políticas públicas e pesquisadores, já que possuem potencial aplicação na área da saúde coletiva, em especial, saúde mental, políticas sociais, entre outras.

Na presente tese, entre os indicadores de bem-estar, classificados em subjetivos e objetivos, foram escolhidos os subjetivos do domínio emocional. Os afetos positivos selecionados para compor o desfecho conjugado de bem-estar emocional foram autopercepção de felicidade, amor e bom humor, em função das evidências científicas nacionais (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007; SCALCO, 2008; HALLAL et al., 2010; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010a) e internacionais (ESCH; STEFANO, 2005b; SUBRAMANIAN; KIM; KAWACHI, 2005; KRUSE; PRAZAK, 2006; FOWLER; CHRISTAKIS, 2008; DAVIDSON; MOS-TOFSKY; WHANG, 2010) que apontam para uma contribuição significativa destas emoções no bem-estar global e saúde de indivíduos e coletividades.

Desta maneira, estudos que analisem indicadores de bem-estar emocional e a presença das doenças crônicas são extremamente relevantes, pois são patologias que resultam em enorme impacto socioeconômico e constituem as principais causas de mortalidade e morbidade no mundo e no Brasil.

Atualmente, as publicações sobre hipertensão arterial, diabetes mellitus, dor crônica e depressão têm enfatizado, sobretudo, seus fatores de risco. Na mesma proporção é necessário investigar os fatores de promoção da saúde, porque na prática estas variáveis coexistem de maneira imbricada estabelecendo uma relação complexa no processo saúde-doença dos indivíduos. Analisar conjuntamente tanto os fatores de risco quanto os de proteção possibilita novas perspectivas e abordagens mais próximas do real, sendo indispensáveis para a efetiva prevenção e controle das doenças crônicas.

Desta forma, o objetivo desta pesquisa é analisar a associação de indicadores relacionados ao bem-estar emocional como autopercepção de felicidade, amor e

bom humor à presença de hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e dor crônica em adultos e idosos residentes permanentemente no município de Matinhos/PR.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar a associação de indicadores de bem-estar emocional como autopercepção de felicidade, amor e bom humor à presença de algumas doenças crônicas em indivíduos com 40 anos ou mais residentes permanentemente no município de Matinhos/PR.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar a autopercepção de felicidade, amor e bom humor em adultos e idosos;
- ✓ Analisar a associação da autopercepção de felicidade, amor e bom humor com a presença de hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e dor crônica em adultos e idosos;
- ✓ Identificar a associação de indicadores de bem-estar emocional como autopercepção de felicidade, amor e bom humor com as variáveis socioeconômicas e demográficas, estilo de vida, variáveis relacionadas a emoções e situações positivas, religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQOL), autopercepção de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 MODALIDADE DE PESQUISA

Estudo de delineamento transversal.

4.2 LOCAL DE ESTUDO - MUNICÍPIO DE MATINHOS/PR

O litoral paranaense é composto por belezas naturais como a Ilha do Mel, Guaratuba e Guaraqueçaba e por cidades históricas, tais como Antonina (1648) e Morretes (1733). Apesar da riqueza natural e cultural existente, o litoral do Paraná e Vale do Ribeira configuram como uma das regiões mais pobres do Estado, com economia estagnada, baixos índices de qualidade de vida, apresentando um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano do Estado (IPARDES, 2009a). Logo, esta região é caracterizada por iniquidades sociais que pode ser confirmada com os indicadores citados na Tabela 1 (IPARDES, 2009a; DATASUS, 2009).

O litoral do Paraná se caracteriza por peculiaridades socioambientais. Por um lado, devem-se destacar as potencialidades inerentes à região, tais como a presença de comunidades tradicionais, a rica biodiversidade local, as múltiplas manifestações culturais e a possibilidade efetiva de criação de espaços favoráveis à saúde e qualidade de vida. Contudo, por outro lado, ressaltam-se suas fragilidades: histórico da região; regularização fundiária, drenagem pluvial, processo de urbanização, expansão desordenada, ocupações irregulares, falta de saneamento básico, atividades portuárias, sazonalidade da economia e do fluxo de pessoas (OLIVEIRA; OLIVEIRA; VOSGERAU, 2011).

Matinhos, juntamente com Antonina, Morretes, Guaraqueçaba, Paranaguá, Pontal do Paraná e Guaratuba, compõem os sete municípios do litoral paranaense. Sua população em 2010 era de 29.428 habitantes. Na Tabela 2, observa-se a população residente estratificada por faixa etária e sexo segundo dados do IBGE (2010).

Tabela 1 – Indicadores sociais de Matinhos e Guaraqueçaba comparados aos indicadores Estado do Paraná, 2009.

Indicadores	Paraná	Matinhos	Guaraqueçaba
IDH	0,82	0,79	0,65
Esperança de vida	73,8 anos	71 anos	64,7 anos
Analfabetismo	11,6%	9%	23,1%

Fonte: DATASUS (2009), Ipardes (2009a, 2009b)

Tabela 2 – População residente no município de Matinhos por faixa etária e sexo, 2010.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	215	188	403
1 a 4	878	838	1716
5 a 9	1151	1142	2293
10 a 14	1435	1417	2852
15 a 19	1276	1307	2583
20 a 29	2046	2142	4188
30 a 39	2013	2229	4242
40 a 49	2016	2092	4108
50 a 59	1595	1895	3490
60 a 69	1070	1163	2233
70 a 79	486	498	984
80 e +	154	182	336
Total	14335	15093	29428

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

O município possui 36 balneários, iniciando no balneário Jardim Monções, onde faz divisa com o município de Pontal do Paraná, e vai até o Balneário de Caiobá, onde faz a divisa com Guaratuba.

As atividades econômicas estão vinculadas principalmente ao turismo sazonal no período do verão, que envolvem o comércio, construção civil e movimentações financeiras relacionadas às imobiliárias (IPARDES, 2009a).

Por ser um importante pólo turístico paranaense, a população flutuante de Matinhos, composta por proprietários não residentes na cidade, aumenta de 10 a 15 vezes durante o período de alta temporada (STEFANELLO, 2006), sobrecarregando em grande medida a infra-estrutura municipal, que apresenta somente 117 km² de extensão geográfica.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo deste trabalho foi constituída por adultos com idade ≥ 40 anos residentes permanentemente, ou seja, que moram pelo menos 3 meses consecutivos do ano no município de Matinhos.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram considerados critérios de exclusão:

- ✓ Indivíduos institucionalizados (instituições de longa permanência para idosos, pensões, entre outras);
- ✓ Pessoas que apresentaram impedimento físico e/ou mental para responderem o formulário.

4.5 TAMANHO DA AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa EPIINFO (Stat-Calc), considerando a prevalência da autopercepção de felicidade empregada por Scalco (2008): 70%. Segundo o IBGE, no momento do delineamento da pesquisa, a estimativa da população com 40 anos ou mais no município de Matinhos era de 7.529 habitantes (IBGE, 2009). Para o cálculo foi utilizada a estimativa do IBGE O tamanho da amostra, para uma margem de erro de 3,5% e um nível de confiança de 95%, foi de 574 indivíduos. A este número, foram adicionados 15% para eventuais perdas. A fim de manter a proporcionalidade entre sexos a partir da população de homens/mulheres do setor, utilizou-se o programa Excel para arredondamento da amostra, totalizando 668 pessoas a serem entrevistadas, sendo 347 do sexo feminino e 321 do sexo masculino.

A partir daí foi definida a estratificação proporcional de número de pessoas e cota por sexo a serem entrevistados em cada setor censitário. Apenas foram incluídos no estudo os setores censitários cuja densidade demográfica foi superior a 124 habitantes/km².

Os quarteirões de cada setor foram enumerados para, por meio de sorteio, um dentre eles ser selecionado como ponto de partida para a escolha dos domicílios. Em cada setor censitário incluído, foi sorteada a esquina e domicílio inicial e, a partir desse, de maneira alternada - uma casa sim outra não -, os demais domicílios, seguindo o sentido anti-horário, ou seja, da direita para a esquerda. Ao término da quadra, dirigia-se para a mais próxima até completar a cota por sexo de entrevistados.

Como foi estipulada a realização da entrevista com apenas um indivíduo com idade ≥ 40 anos por domicílio, em situações em que houvesse mais moradores elegíveis para a pesquisa, foi entrevistado o que estivesse disponível no momento, ou em caso de necessidade de completar a cota, a pessoa do sexo desejável.

O município de Matinhos, segundo IBGE, apresenta 55 setores censitários (IBGE, 2009). Com a exclusão dos 29 setores com densidade demográfica inferior a 124 hab/km², restaram 26 divisões censitárias para a realização do inquérito domiciliar (Figura 3). A Tabela 3 lista os setores censitários selecionados e o número de pessoas com idade ≥ 40 anos, estratificados proporcionalmente por sexo.

Consideraram-se como perdas as pessoas não encontradas em três tentativas de contato, em horários e dias da semana diferentes. Os domicílios fechados foram visitados três vezes para serem excluídos da rota, exceto quando, após contato com vizinhos, a casa fosse definida como vaga ou de veraneio. Nestas circunstâncias, estabeleceu-se que o percurso alternado não seria interrompido.

Vale a pena destacar que, segundo IPARDES (2011), Matinhos é um município *sui generis* com relação à ocupação dos domicílios. De um total de 33.022 residências particulares, 23.302 (70,6%) não são ocupadas, sendo classificadas como 21.385 (64,8%) como de uso ocasional e 1917 (5,8%) vagos.

Tabela 3 – Distribuição dos setores censitários pelo número total de habitantes e amostra por sexo utilizada para a coleta de dados, Matinhos, 2011.

Setor	Pessoas com ≥ 40 anos	nº de σ	nº de φ	Amostra	nº de σ	nº de φ
503	161	72	89	18	8	10
504	208	93	115	22	10	12
506	325	159	166	35	17	18
507	245	111	134	26	12	14
508	261	118	143	28	13	15

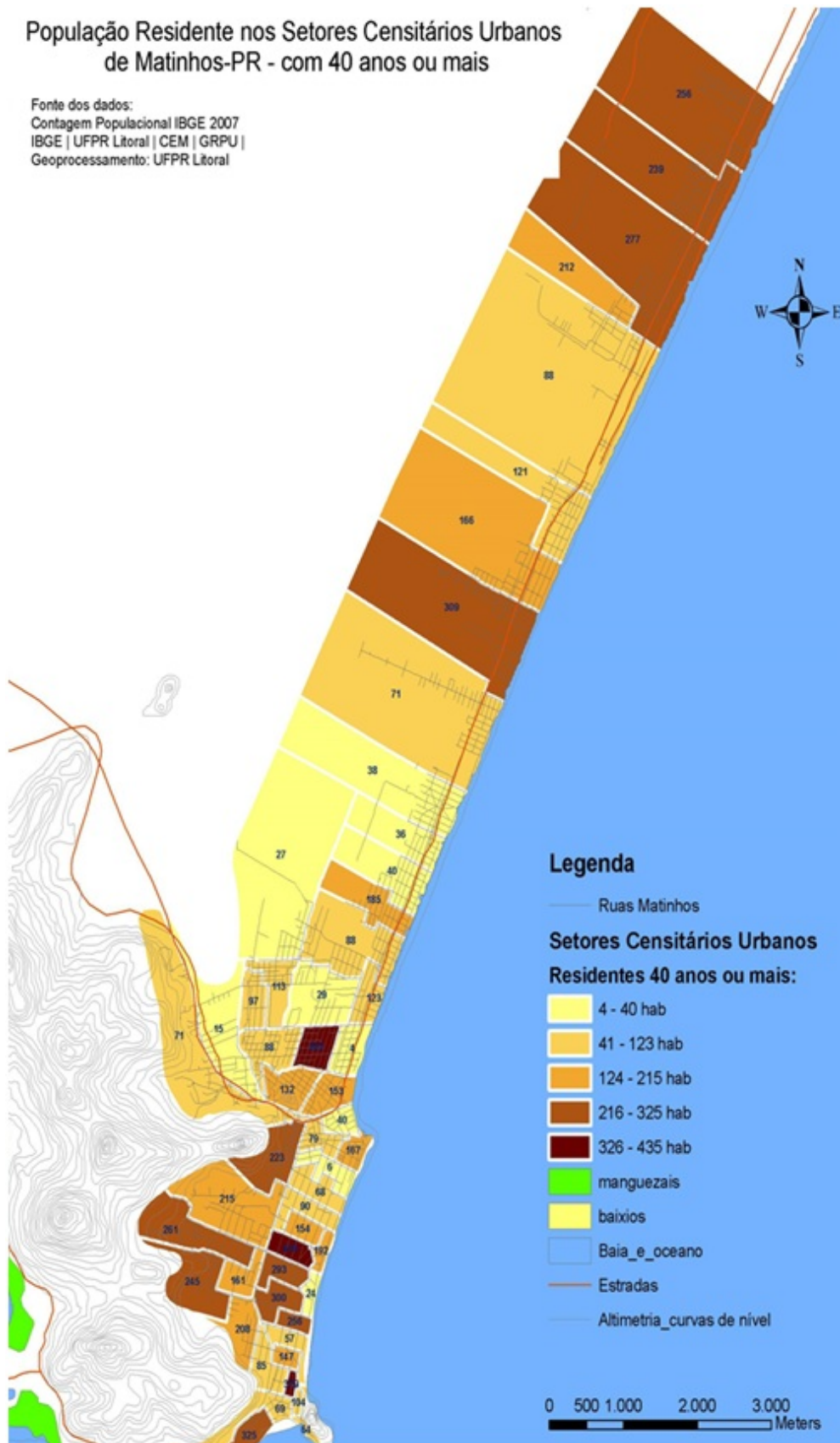
Tabela 3 – Continuação

Setor	Pessoas com ≥ 40 anos	nº de σ	nº de φ	Amostra	nº de σ	nº de φ
509	215	88	127	23	9	14
510	147	75	72	16	8	8
514	379	189	190	40	20	20
515	435	211	224	47	23	24
516	300	145	155	33	16	17
517	293	137	156	32	15	17
518	256	117	139	28	13	15
519	154	74	80	17	8	9
523	223	110	113	24	12	12
526	405	186	219	43	20	23
527	132	67	65	14	7	7
533	192	90	102	21	10	11
538	153	77	76	16	8	8
541	167	86	81	18	9	9
543	185	96	89	20	10	10
544	123	60	63	13	6	7
546	309	157	152	33	17	16
548	166	84	82	18	9	9
551	277	139	138	30	15	15
552	239	107	132	26	12	14
553	256	130	126	27	14	13
Total	6206	2978	3228	668	321	347

4.6 COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário semi-estruturado, composto por questões referentes aos aspectos socioeconômicos e demográficos, estilo de vida, variáveis relacionadas a emoções e situações positivas, religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQOL), situação de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde (APÊNDICE 1).

Figura 3 – Distribuição dos indivíduos com 40 anos ou mais residentes nos setores censitários do município de Matinhos / PR



Para facilitar a coleta de dados dos adultos e idosos residentes no município, as entrevistas foram realizadas entre os meses de abril e julho de 2011, já que dos meses de dezembro a fevereiro a população temporária se desloca para o litoral com intuito de aproveitar as festas de final de ano e férias escolares.

As entrevistas foram feitas por equipe previamente treinada, organizada em 4 duplas compostas por estudantes do curso de graduação em saúde coletiva e pela pesquisadora. Além da capacitação, que teve como objetivo garantir a qualidade dos dados coletados, foi elaborado e fornecido a cada dupla um manual que continha as informações sobre abordagem ao sujeito e o adequado preenchimento das questões (APÊNDICE 2). Dúvidas, inconsistências e itens não preenchidos foram devidamente discutidos e averiguados.

4.6.1 Desfecho Principal: Felicidade ou Satisfação com a Vida

A felicidade foi mensurada através do instrumento *Satisfaction with life scale* (SWLS) - escala de satisfação com a vida, elaborado por Diener et al. (1985). Esta escala visa estimar a satisfação da pessoa comparando as condições de vida atuais em relação ao padrão de vida estabelecido por ele como desejável (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

Trata-se de um instrumento unidimensional de cinco itens com respostas entre um (discordo fortemente) e sete (concordo fortemente), totalizando um escore mínimo de cinco (menor satisfação) e máximo de 35 (maior satisfação). Sua consistência interna é boa (Alfa de Cronbach = 0,87) e a confiabilidade teste-reteste após 2 meses é de 0,82. Sua validação para o português brasileiro foi feito por Gouveia et al. (2003).

Os itens que compõem a SWLS constam na Figura 4.

Figura 4 – Itens que compõem a escala de satisfação com a vida elaborado por Diener et al. (1985).

Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais.	1	2	3	4	5	6	7
As minhas condições de vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida.	1	2	3	4	5	6	7
Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria em praticamente nada.	1	2	3	4	5	6	7

Para análise do resultado, soma-se os escores dos cinco itens e compara com pontuação da Figura 5 para classificar o nível de felicidade ou satisfação com a vida dos indivíduos.

Figura 5 – Escores da escala de satisfação com a vida elaborado por Diener et al. (1985).

Extremamente satisfeito, muito acima da média	30 - 35
Muito satisfeito, acima da média	25 - 29
Razoavelmente satisfeito, na média para adultos vivendo nos Estados Unidos	20 - 24
Ligeiramente insatisfeito, um pouco abaixo da média	15 - 19
Insatisfeito, nitidamente abaixo da média	10 - 14
Muito insatisfeito, bem abaixo da média	5 - 9

A autopercepção da felicidade foi classificada com base no último tercil dos escores da escala de satisfação com a vida:

✓ Escore ≥ 30

✓ Escore < 30

4.6.1.1 Dimensões da vida relacionadas à felicidade

Pergunta aberta que solicitou aos entrevistados fornecerem elementos definidores do que estaria relacionado à uma vida boa para eles. A questão foi "Cite 3

palavras que lhes vêm à lembrança em relação à felicidade e depois enumere da mais para menos importante".

4.6.2 Desfecho Secundário: Amor

Considerando a ausência de instrumentos validados para avaliar o amor no Brasil e que segundo Diener, Lucas e Oishi (2002), em se tratando de mensuração do bem-estar emocional, a frequência das emoções é mais relevante do que sua intensidade, esta variável foi mensurada por meio da questão:

- ✓ Com qual frequência em que se sente amado(a) por familiares e/ou amigos?
 - Sempre
 - Nunca/Pouco/Às vezes/Maior parte das vezes

4.6.3 Desfecho Secundário: Bom Humor

Em decorrência da falta de instrumentos brasileiros validados para avaliar o bom humor, o sorriso foi considerado o indicador mais adequado para realizar sua aferição (KRUSE; PRAZAK, 2006; EKMAN, 2011). Além disso, da mesma forma que o amor, o bom humor foi mensurado pela questão:

- ✓ Com qual frequência você sorri?
 - Sempre/Na maior parte das vezes
 - Nunca/Pouco/Às vezes

4.6.4 Desfecho Conjugado: Bem-Estar Emocional

Para este desfecho foram considerados os indivíduos que apresentavam os três desfechos positivos presentes: felicidade (score ≥ 30), amor (sempre) e bom humor (sempre/na maior parte das vezes). A variável bem-estar emocional foi categorizada em:

- ✓ Sim
- ✓ Não

4.6.5 Variáveis Independentes

4.6.5.1 Hipertensão arterial sistêmica

Foi considerado hipertenso o indivíduo que referiu ter pressão alta ou utilizar diariamente medicamentos classificados nas classes terapêuticas C03, C07, C08 ou C09, segundo a *Anatomical Therapeutical Chemical* (ATC) da OMS (WHO, 2011). A hipertensão arterial foi categorizada em:

- ✓ Sim
- ✓ Não/Não sabe

4.6.5.2 Diabetes mellitus

Foi considerado diabético o indivíduo que referiu ter a doença ou utilizar diariamente medicamentos para diabetes mellitus (A10). A diabetes mellitus foi categorizada em:

- ✓ Sim
- ✓ Não/Não sabe

4.6.5.3 Depressão

Foi considerado portador de depressão o indivíduo que autorrelatou ter a doença ou que obteve escore ≥ 13 , segundo classificação do Inventário da Depressão de Beck (Figura 6) (FURLANETTO et al., 2006).

A depressão foi aferida pelo *Beck Depression Inventory* (BDI) ou escala de depressão de Beck. O BDI é a escala mais amplamente usada tanto em pesquisas como em clínica, tendo sido traduzida para vários idiomas e validada em diferentes países (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998). Além disso, é comumente utilizada para avaliar depressão em pacientes com doenças crônicas (CAMARGO; MOSER; BASTOS, 2009). Apesar do BDI ter sido validado no Brasil entre estudantes universitários (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998), neste estudo os analfabetos não foram excluídos.

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.

Figura 6 – Escores da escala de depressão de Beck.

Pessoa sem depressão clínica	0 - 12
Sintomas depressivos leves	13 - 20
Depressão moderada	21 - 30
Depressão severa	31 ou mais

A depressão foi categorizada em:

- ✓ Sim
- ✓ Não/Não sabe

4.6.5.4 Dor crônica

Foi considerado portador de dor crônica aquele indivíduo com dor com duração igual ou superior a seis meses, conforme recomendado pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) ou que estava utilizando continuamente medicamentos para dor (N02 ou M01). O instrumento utilizado para mensuração da dor crônica foi a escala unidimensional verbal, a qual o entrevistado relata a experiência dolorosa usando frases que representam diferentes intensidades subjetivas de dor, como *nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor forte, dor violenta e dor insuportável*. Essa escala se mostrou válida e fidedigna na mensuração da experiência dolorosa em idosos (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006).

- ✓ A presença dor crônica foi averiguada por meio da pergunta: *Ao longo da vida, a maioria de nós tem algum tipo de dor de vez em quando (como dor de cabeça comum, dor muscular, dor de dente). Nos últimos 6 meses, você tem sentido dor (contínua, não esporádica) ou alguma sensação*

desagradável /desconfortável /estranha como choque, pontada, peso, queimor, formigamento, dormência? A presença de dor crônica foi categorizada em:

- Sim
- Não/Não sabe
- ✓ A intensidade da dor crônica, segundo a escala verbal, foi categorizada em:
 - Nenhuma dor/Dor leve/Dor moderada
 - Dor forte/ Dor violenta/Dor insuportável

4.6.6 Covariáveis

4.6.6.1 Socioeconômicas e demográficas

- ✓ Sexo
 - Feminino
 - Masculino
- ✓ Raça
 - Branca
 - Negra/parda/amarela / Idade
 - De 40 a 59 anos
 - De 60 anos ou mais
- ✓ Situação conjugal
 - Com companheiro(a)
 - Sem companheiro(a)
- ✓ Com quem mora
 - Cônjuge e/ou família
 - Sozinho
- ✓ Escolaridade
 - Analfabeto - 1º grau completo
 - 2º grau incompleto - pós-graduação
- ✓ Situação de trabalho

— Com vínculo empregatício - foram classificados como ativos os indivíduos que trabalhavam com carteira assinada ou autônomos.

— Sem vínculo empregatício

Poder de compra pela classificação da ABEP

— A+B

— C+D+E

✓ Renda mensal familiar (R\$) : para a categorização da renda mensal familiar foi utilizado o primeiro tercil como ponto de corte. Em 2011, o valor do salário mínimo vigente era de R\$ 545,00.

— \geq R\$ 600,00

— $<$ R\$ 600,00

4.6.6.2 Variáveis relacionadas a emoções e situações positivas

✓ Crença em deus ou algo superior

— Sim

— Não

✓ Religião

— Católica

— Evangélica

— Espírita

— Outras religiões

— Sem religião

✓ Religiosidade: esta variável relacionada a graus diferentes de envolvimento religioso foi analisada por gerar informações mais fortes e consistentes do que apenas questionar a religião a qual a pessoa pertence (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

— Muito religioso

— Nada/Pouco/Mais ou menos religioso

✓ Participação em culto religioso no último mês

— Sim

— Não

✓ Presença de animais de estimação

- Sim
- Não
- ✓ Alegria de viver relacionado ao animal de estimação
 - Sim
 - Não
- ✓ Estado de *flow*: o conceito utilizado nesta pesquisa do estado de *flow* ou fluxo refere-se ao que Csikszentmihalyi (1999) descreveu como "experiência prazerosa que resulta do envolvimento em uma atividade interessante que esteja no nível ou desafie as habilidades e capacidades da pessoa". O estado de *flow* foi avaliado a partir da questão utilizada em pesquisas norte-americanas: "*Você se envolve em algo tão profundamente que nada parece importar a ponto de perder a noção do tempo?*" (CSIKSZENTMIHALYI, 1999). A categorização deste desfecho foi agrupada em 2 variáveis:
 - Sempre/Maior parte das vezes
 - Nunca/Pouco/Às vezes

4.6.6.3 Instrumento de qualidade de vida da organização mundial da saúde - módulo espiritualidade, religião e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB)

O Instrumento WHOQOL-SRPB apresenta oito facetas (fatores) totalizando 32 itens com respostas em escala Likert, onde 1 representa nunca e 5 indica sempre. Como cada fator contém 4 perguntas, o escore total da faceta varia de 4 a 20. A consistência interna para o índice geral do instrumento foi de $\alpha = 0,96$ (PANZINI et al., 2011) e de 0,77 e 0,95 para as facetas, segundo resultados do teste piloto multicêntrico (WHOQoL SRPB Group, 2006).

Segundo Panzini et al. (2011), a validação do Instrumento de Qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde - Módulo Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais em português brasileiro apresentou boas qualidades psicométricas, sendo válido e recomendado seu uso no Brasil.

A análise estatística do WHOQOL-SRPB foi baseada no percentil 66 como ponto de corte para as oito facetas do instrumento.

- ✓ Conexão a ser ou força espiritual

- Escore ≥ 18
- Escore < 18
- ✓ Sentido na vida
 - Escore ≥ 18
 - Escore < 18
- ✓ Admiração
 - Escore ≥ 18
 - Escore < 18
- ✓ Totalidade & Integração
 - Escore ≥ 16
 - Escore < 16
- ✓ Força espiritual
 - Escore ≥ 18
 - Escore < 18
- ✓ Paz interior
 - Escore ≥ 17
 - Escore < 17
- ✓ Esperança & otimismo
 - Escore ≥ 18
 - Escore < 18
- ✓ Fé
 - Escore ≥ 19
 - Escore < 19

4.6.6.4 Variáveis de estilo de vida

- ✓ Consumo abusivo de bebidas alcoólicas: foi considerado consumo abusivo de bebidas alcoólicas 5 ou mais doses (homem) ou 4 ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias (BRASIL, 2011). Foi considerado como dose: um copo de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.
 - Sim
 - Não
- ✓ Tabagismo

- Fumante
- Não fumante/Ex-fumante

✓ Atividade física: Para avaliar a atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) na sua versão curta, instrumento proposto pela Organização Mundial da Saúde. Esse questionário considera a atividade física durante o trabalho, lazer, serviços domésticos e deslocamentos realizados durante a última semana. Foram considerados indivíduos fisicamente ativos aqueles que reportaram prática de atividade física de moderada a vigorosa, cuja soma destas atividades totalizaram um tempo superior a 150 minutos semanais conforme recomendações da literatura (PATE et al., 1995).

- Ativo
- Inativo

✓ Dedicção do tempo diario para atividades de lazer e prazer

- Sim
- Não

✓ Quantidade de tempo que se dedica ao lazer e prazer

- > 2 horas
- ≤ 2 horas/não dedica

✓ Qualidade do sono: má qualidade do sono foi considerada quando os entrevistados respondiam positivamente para, pelo menos, uma das quatro alternativas: "*com referência ao mês anterior, você alguma vez teve um período de duas semanas ou mais no qual tenha tido: (a) dificuldade em iniciar o sono, (b) dificuldade em se manter dormindo, (c) situação de acordar muito cedo pela manhã ou (d) presença de sono não restaurador*" (XAVIER et al., 2001).

- Boa
- Ruim

✓ Saúde sexual

- Muito satisfeito/Satisfeito
- Muito insatisfeito/Insatisfeito/Nem satisfeito nem insatisfeito

- ✓ Autocuidado: ou seja, frequência em que o indivíduo considera que cuida da própria saúde.
 - Sempre/Moderadamente
 - Pouco ou raramente/Nunca

4.6.6.5 Saúde Subjetiva

- ✓ Autopercepção de saúde
 - Excelente/Ótima/Boa
 - Regular/Ruim

4.6.6.6 Utilização dos serviços de saúde

- ✓ Filiação a plano privado de saúde
 - Sim
 - Não
- ✓ Consulta médica nos últimos 3 meses
 - Sim
 - Não
- ✓ Internação hospitalar nos últimos 12 meses
 - Sim
 - Não

4.6.6.7 Consumo de medicamentos

- ✓ Consumo de medicamentos de uso contínuo
 - Sim
 - Não
- ✓ Número de medicamentos consumidos
 - 1 a 4 medicamentos
 - 5 medicamentos ou mais
- ✓ Adesão ao medicamento de uso contínuo: A escala selecionada para a análise da adesão ao medicamento foi a de Morisky, Green e Levine (1986)

que se fundamenta em 4 questões de resposta dicotômica - sim (1) ou não (0). A soma das respostas gera um escore que representa o grau de adesão do indivíduo, sendo que somente o escore 4 indica aderência terapêutica.

— Aderente Σ 4

— Não-aderente Σ 1 a 3

4.7 PRÉ-TESTE

Foram realizadas vinte entrevistas no período de maio a julho de 2010 com moradores de setores censitários não incluídos na amostra da pesquisa, a fim de ajustar o instrumento para a coleta de dados.

4.8 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações anotadas nos formulários foram duplamente digitadas em banco de dados criado no programa do Epi Info, versão 3.5.2 para Windows. Para o procedimento de validação, foram comparados e após correção, obteve-se o banco de dados definitivo para a análise estatística.

Para análise descritiva, utilizaram-se medidas de ocorrência como média, mediana, desvio padrão, tercis e gráficos. As respostas da questão aberta foram reunidas em categorias temáticas com determinação posterior de suas frequências absolutas e relativas.

As variáveis contínuas foram comparadas pelo teste Kruskal-Wallis e as proporções pelo teste de qui-quadrado e Fisher.

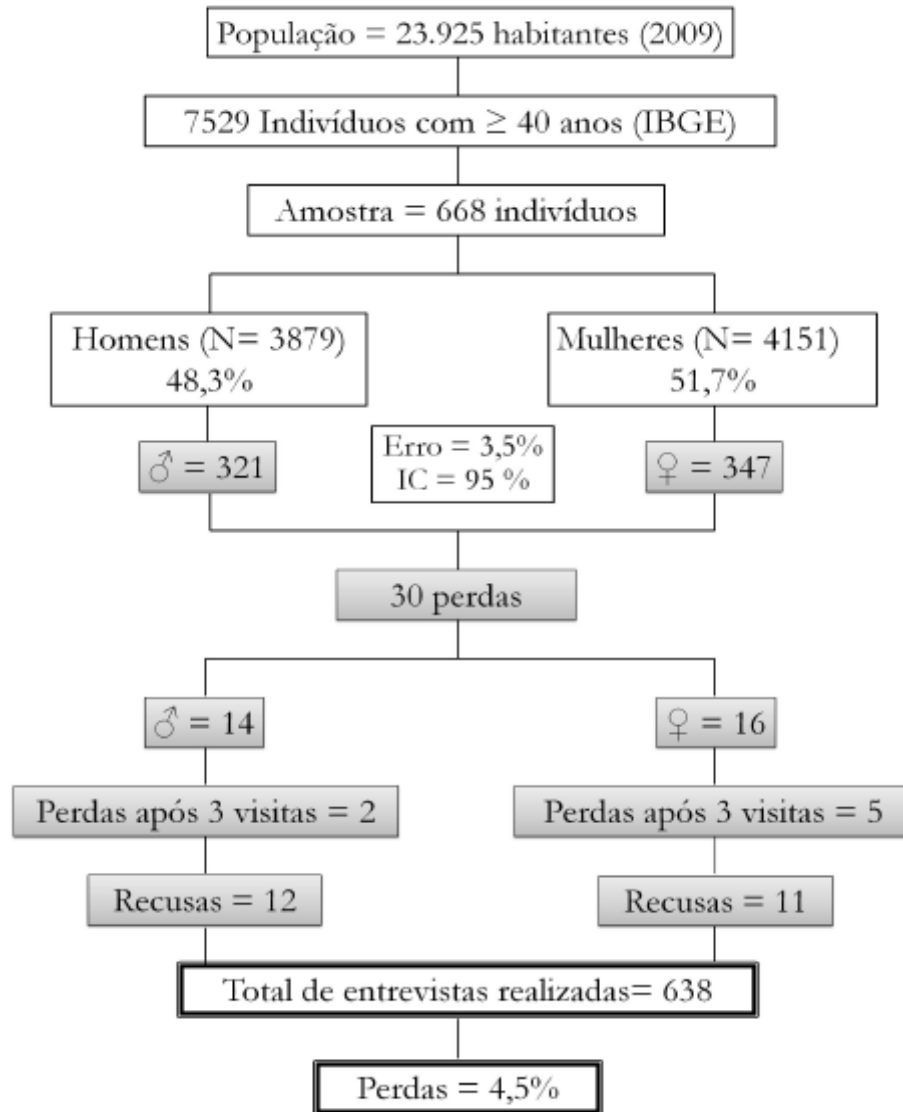
A regressão logística, empregada para controle das variáveis de confusão, foi usada para analisar a independência da associação de cada fator que se mostrou associado aos desfechos de bem-estar (felicidade, amor e sorriso) na análise bivariada. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram adicionadas no modelo final da regressão logística, com a inclusão prévia para ajuste das variáveis: sexo, idade e raça. Foram considerados significativos os testes que apresentaram valores correspondentes a $p < 0,05$.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e aprovado segundo parecer nº 013/2010 (CAAE 0011.0.268.000-10)(ANEXO 1). No apêndice 3 encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi utilizado no momento da entrevista com os participantes da pesquisa.

5 RESULTADOS

Figura 7 – Fluxograma da amostragem e coleta de dados. Matinhos, PR, 2011.



Dos 668 sujeitos amostrados para compor o estudo, foram entrevistadas 638 (95,5%) pessoas. Registraram-se 30 perdas (4,5%), sendo que a maior parte (76,7%) foi em decorrência de recusas (Figura 7).

A Tabela 4 descreve a distribuição total e por sexo de adultos e idosos conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Como pode ser observado, mais da metade dos entrevistados estão entre 40 e 59 anos (58,9%), vivem com o (a) companheiro (a) (60,2%), não chegaram a concluir o primeiro grau (57,5%), não tem vínculo empregatício (60,6%) e foram classificados no estrato C da ABEP (57,1%).

Tabela 4 – Distribuição total e por sexo de adultos e idosos conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		P
	n	%	n	%	n	%	
Socioeconômicas e demográficas							
Idade							0,078
40 a 59	376	58,9	206	62,2	170	55,4	
60 anos ou mais	262	41,1	125	37,8	137	44,6	
Com quem mora							0,767
Cônjuge e/ou família	471	73,8	246	74,3	225	73,3	
Sozinho	167	26,2	85	25,7	82	26,7	
Raça							0,162
Branca	396	62,1	214	64,7	182	59,3	
Preta/Parda/Amarela	242	37,9	117	35,3	225	40,7	
Situação conjugal							0,000
Com companheiro(a)	384	60,2	175	52,9	209	68,1	
Sem companheiro(a)	254	39,8	156	47,1	98	31,9	
Grau de escolaridade							0,105
Analfabeto - 1º grau incompleto	367	57,5	198	59,8	169	55,0	
1º grau completo - 2º grau incompleto	112	17,6	62	18,7	50	16,3	
2º grau completo - pós-graduação	159	24,9	71	21,5	88	28,7	
Situação de trabalho*							0,000
Com vínculo empregatício	251	39,4	108	32,7	143	46,6	
Sem vínculo empregatício	386	60,6	222	67,3	164	53,4	
Renda mensal familiar**							0,000
≥ R\$ 600,00	420	70,2	194	62,8	226	78,2	
< R\$ 600,00	178	29,8	115	37,2	63	21,8	

Tabela 4 – (continuação)

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		P
	n	%	n	%	n	%	
Classificação da ABEP							0,010
A+B	193	30,3	83	25,1	110	35,8	
C	364	57,1	200	60,4	164	53,4	
D+E	81	12,7	48	14,5	33	10,7	

l* pessoa não informou a situação de trabalho ** 40 pessoas não informaram a renda

Das tabelas 5 a 7 encontram-se os resultados da análise descritiva referente ao estilo de vida, variáveis relacionadas a emoções e situações positivas, religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQOL), situação de saúde, consumo contínuo de medicamento e uso dos serviços de saúde.

Tabela 5 – Distribuição total e por sexo de adultos e idosos conforme variáveis relacionadas a emoções / situações positivas, religião, espiritualidade e crença pessoais (WHOQOL). Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		P
	n	%	n	%	n	%	
Afetos e situações positivas							
Felicidade							0,193
Extremamente satisfeito	208	32,6	100	30,2	108	35,2	
Muito satisfeito	206	32,3	102	30,8	104	33,9	
Razoavelmente/Ligeiramente insatisfeito	179	28,1	102	30,8	77	25,1	
Insatisfeito/Muito insatisfeito	45	7,1	27	8,2	18	5,9	
Frequência com que se sente amado por parentes e amigos							0,701
Sempre	524	82,1	270	81,6	254	82,7	
Maior parte das vezes - Nunca	114	17,9	61	18,4	53	17,3	
Frequência com que sorri							0,201
Sempre/Maior parte das vezes	482	75,5	257	77,6	225	73,3	
Às vezes/Pouco/Nunca	156	24,5	74	22,4	82	26,7	
Estado de <i>flow</i>							0,004
Sempre/Maior parte das vezes	240	37,6	142	42,9	98	31,9	
Às vezes/Pouco/Nunca	398	62,4	189	57,1	209	68,1	

Tabela 5 – (continuação)

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		p
	n	%	n	%	n	%	
Presença de animais de estimação							0,000
Sim	459	71,9	260	78,5	199	64,8	
Não	179	28,1	71	21,5	108	35,2	
Alegria de viver relacionado ao animal de estimação (n=459)							0,004*
Sim	444	96,7	257	98,8	187	94,0	
Não	15	3,3	3	1,2	12	6,0	
Religiosidade							0,000
Muito religioso	162	25,4	105	31,7	57	18,6	
Nada - Parcialmente religioso	476	74,6	226	68,3	250	81,4	
Participação em culto religioso no último mês							0,000
Sim	344	53,9	203	61,3	141	45,9	
Não	294	46,1	128	38,7	166	54,1	
Religião, espiritualidade e crenças pessoais (módulo WHOQOL)							
Conexão a ser ou força espiritual							0,044
Escore \geq 18	426	66,8	233	70,4	193	62,9	
Escore $<$ 18	212	33,2	98	29,6	114	37,1	
Sentido de vida							0,852
Escore \geq 18	391	61,3	204	61,6	187	60,9	
Escore $<$ 18	247	38,7	127	38,4	120	39,1	
Admiração							0,962
Escore \geq 18	440	69,0	228	68,9	212	69,1	
Escore $<$ 18	198	31,0	103	31,1	95	30,9	
Totalidade e integração							0,536
Escore \geq 16	433	67,9	221	66,8	212	69,1	
Escore $<$ 16	205	32,1	110	33,2	95	30,9	
Força espiritual							0,654
Escore \geq 18	433	67,9	222	67,1	211	68,7	
Escore $<$ 18	205	32,1	109	32,9	96	31,3	
Paz interior							0,459
Escore \geq 17	442	69,3	225	68	217	70,7	

Tabela 5 – (continuação)

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		p
	n	%	n	%	n	%	
Escore < 17	196	30,7	106	32	90	29,3	
Esperança e otimismo							0,282
Escore ≥ 18	402	63,0	202	61,0	200	65,1	
Escore < 18	236	37,0	129	39,0	107	34,9	
Fé							0,435
Escore ≥ 19	505	79,2	266	80,4	239	77,9	
Escore < 19	133	20,8	65	19,6	68	22,1	

* Teste de Fisher

Tabela 6 – Distribuição total e por sexo de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de vida e uso do tempo. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		p
	n	%	n	%	n	%	
Estilos de vida							
Tabagismo							0,000
Não	296	46,4	185	55,9	111	36,2	
Ex-fumante	159	24,9	62	18,7	97	31,6	
Sim	183	28,7	84	25,4	99	32,2	
Consumo abusivo de álcool							0,000
Não	501	78,5	290	87,6	211	68,7	
Sim	137	21,5	41	12,4	96	31,3	
Atividade Física							0,221
Ativo	273	42,8	134	40,5	139	45,3	
Inativo	365	57,2	197	59,5	168	54,7	
Qualidade do sono							0,000
Boa	375	58,8	173	52,3	202	65,8	
Ruim	263	41,2	158	47,7	105	34,2	
Saúde Sexual							0,002
Satisfeito	399	62,5	188	56,8	211	68,7	
Insatisfeito	239	37,5	143	43,2	96	31,3	
Uso do tempo							

Tabela 6 – (continuação)

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		P
	n	%	n	%	n	%	
Dedica tempo ao lazer e prazer diariamente							0,274
Sim	339	53,1	169	51,1	170	55,4	
Não	299	46,9	162	48,9	137	44,6	
Tempo que se dedica ao prazer e lazer por dia							0,731
> 2 horas	143	22,4	76	23,0	67	21,8	
≤ 2 horas/não dedica	495	77,6	255	77,0	240	78,2	

Tabela 7 –Distribuição total e por sexo de adultos e idosos conforme variáveis de situação de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde. Matinhos, PR,

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		P
	n	%	n	%	n	%	
Situação de saúde							
Autocuidado							0,512
Sim	471	73,8	248	74,9	223	27,4	
Não	167	26,2	83	25,1	84	72,6	
Autopercepção da saúde							0,003
Boa	421	66,0	201	60,7	220	71,7	
Ruim	217	34,0	130	39,3	87	28,3	
Depressão							0,000
Não	499	78,2	240	72,5	259	84,4	
Sim	139	21,8	91	27,5	48	15,6	
Diabetes mellitus							0,598
Não	531	83,2	273	83,4	258	84,0	
Sim	107	16,8	58	16,6	49	16,0	
Hipertensão arterial							0,000
Não	379	59,4	176	53,2	203	66,1	
Sim	259	40,6	155	46,8	104	33,9	
Presença de dor crônica							0,000
Não	406	63,6	188	56,8	218	71,0	

Tabela 7 – (continuação)

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		P
	n	%	n	%	n	%	
Sim	232	36,4	143	43,2	89	29,0	
Intensidade da dor							0,007
Sem dor/Fraca/moderada	528	82,8	261	78,9	267	87,0	
Forte/violenta/Insuportável	110	17,2	70	21,1	40	13,0	
Consumo de medicamentos							

Consumo contínuo de medicamentos							0,000
Sim	325	50,9	201	60,7	124	40,4	
Não	313	49,1	130	39,3	183	59,6	
Quantidade de medicamentos (n=325)							0,718
1 - 4	273	84,0	170	84,6	103	83,1	
5 ou mais	52	16,0	31	15,4	21	16,9	
Adesão a terapia medicamentosa (n=325)							0,059
Sim (soma = 4)	191	58,8	110	54,7	81	65,3	
Não (soma = 0 a 3)	134	41,2	91	45,3	43	34,7	
Uso dos serviços de saúde							
Plano privado de saúde							0,019
Sim	137	21,5	59	17,8	78	25,4	
Não	501	78,5	272	82,2	229	74,6	
Consulta nos últimos 3 meses							0,003
Sim	336	52,7	193	58,3	143	46,6	
Não	302	47,3	138	41,7	164	53,4	
Internação nos últimos 12 meses							0,315
Sim	53	8,3	24	7,3	29	9,4	
Não	585	91,7	307	92,7	278	90,6	

Considerando o terceiro tercil das oito facetas do instrumento do WHOQOL, a maior parte os entrevistados apresentou escores elevados quanto à religião, a espiritualidade e crenças pessoais, sendo que o domínio com maior prevalência foi a presença de fé (79,2%) e a menor, sentido de vida (61,3%). Aos serem questionados sobre a religiosidade, apenas 25,4% da população declarou ser muito religiosa (Tabela 5).

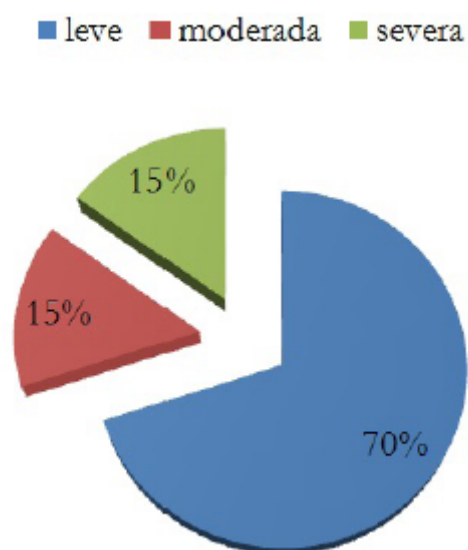
Em relação aos fatores de estilo de vida, nota-se que 28,7% dos entrevistados eram tabagistas, 62,5% indicou estar satisfeito com a saúde sexual, 42,8% foi classificado como ativo fisicamente e 53,1% referiu dedicar parte do tempo diário para atividades vinculadas ao lazer e prazer.

Quanto à situação de saúde, a maior parte (73,8%) da população estudada afirmou cuidar da sua saúde moderadamente/sempre e se percebe saudável (66,0%). A

porcentagem de depressão foi de 21,8% (IC_{95%} 18,7% - 25,2%). Doenças crônicas como hipertensão arterial, dor crônica e diabetes mellitus apresentaram frequências de 40,6%, 36,4% e 16,8%, respectivamente.

De acordo com o Inventário de Beck, 15,5% (99) dos indivíduos apresentou depressão clínica. Considerando como denominador a prevalência de depressão, a maior parte dos entrevistados foi classificada como portadores de depressão leve (70%) (Figura 8).

Figura 8 – Classificação de depressão pelo Inventário de Beck entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011.



O consumo contínuo de medicamentos foi de 50,9%, sendo que 16% dos indivíduos entrevistados referiram consumir 5 ou mais medicamentos. Entre os 325 indivíduos que utilizavam medicamentos continuamente, a adesão à farmacoterapia foi verificada em 58,8% (191) dos casos (Tabela 7). Verificou-se a prevalência de 5,3% (34) para uso de antidepressivos, 35,3% (225) para antihipertensivos, 12,1% (77) para antidiabéticos e 3,4% (23) para medicamentos para a dor.

Dos 638 indivíduos entrevistados, 137(21,5%) relataram filiação à plano privado de saúde, passo que 52,7% se consultou nos últimos 3 meses e 8,3% se internou no último ano.

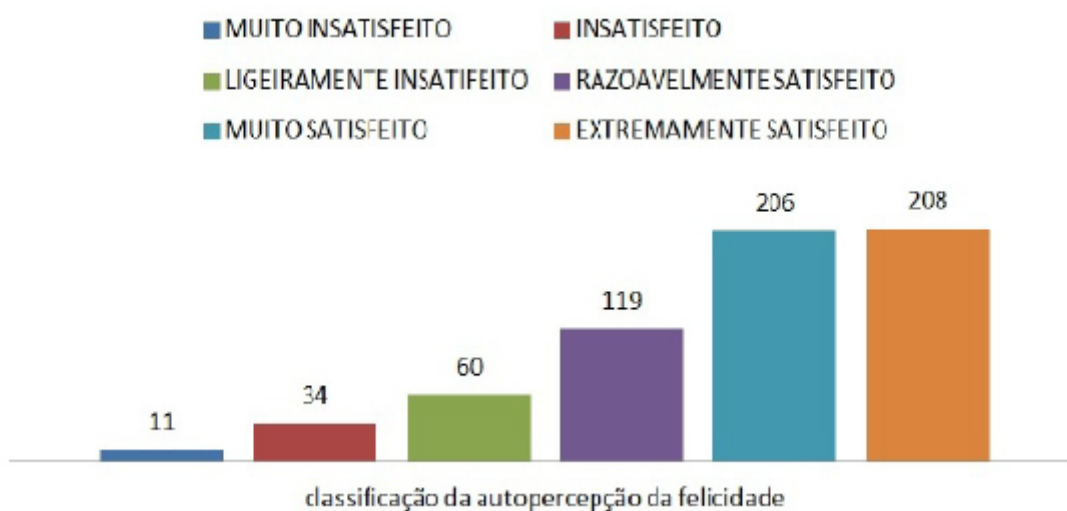
Nesta pesquisa de base populacional pode-se constatar que um número elevado de variáveis apresentaram diferenças significativas quando comparadas entre homens e mulheres. As características analisadas que apresentaram diferenças foram: situação

conjugal, situação de trabalho, renda mensal familiar, classificação da ABEP, estado de flow, presença de animais de estimação, alegria de viver relacionado ao animal de estimação, religiosidade, participação em culto religioso no último mês, conexão a ser ou força espiritual, tabagismo, consumo abusivo de álcool, qualidade do sono, satisfação quanto à saúde sexual, autopercepção de saúde, depressão, hipertensão arterial, dor crônica, intensidade da dor crônica, consumo contínuo de medicamentos, filiação a plano privado de saúde e consulta nos últimos 3 meses.

5.1 AUTOPERCEPÇÃO DE FELICIDADE - CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

Dos 638 entrevistados, 32,6% (208) (IC_{95%} 29,0% - 36,4%) apresentaram escores ≥ 30 , que segundo a classificação escala de satisfação com vida de Diener et al. (1985) são considerados como extremamente satisfeitos (Figura 9).

Figura 9 – Classificação da autopercepção da felicidade entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011.



A média de escore na SWLS foi de 25,38 (DP=6,04) com mediana de 27 (Q25=22 e Q75=30). A média de idade entre os mais felizes foi de 59 anos (dp 10,9), ao passo que entre os indivíduos com escore < 30 foi de 57 anos (dp 10,2) ($p = 0,005$) (Tabela 9). Na Tabela 5 verifica-se que a diferença da autopercepção de felicidade entre o sexo masculino (35,2%) e feminino (30,2%) não foi estatisticamente significativa ($p=0,193$).

As respostas que foram obtidas a partir da questão " *Cite 3 palavras que lhes vêm à lembrança em relação à felicidade e depois enumere da mais para menos importante*" estão descritas na Tabela 8. Entre as palavras citadas, 'saúde' (251) foi a mais frequente considerando tanto o total de expressões mencionadas (1434) como também a palavra mais importante entre as referidas pelos entrevistados (128). Termos como 1 *família*' (184), 1 *amor*' (163), 'paz' (135) e 'Deus' (95) estiveram presentes nos relatos dos entrevistados.

Tabela 8 –Respostas obtidas da questão "Cite 3 palavras que lhes vêm à lembrança em relação à felicidade e depois enumere da mais para menos importante". Matinhos, PR, 2011.

Palavras citadas	1º lugar		2º lugar		3º lugar		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Saúde	128	26	76	15,6	47	9,9	251	17,5
Família	68	13,8	72	14,8	44	9,3	184	12,8
Amor	81	16,5	50	10,3	32	6,8	163	11,4
Paz	26	5,3	59	12,2	50	10,7	135	9,5
Deus	75	15,4	11	2,3	9	1,9	95	6,6
Filhos/Netos	27	5,5	25	5,2	13	2,8	53	3,7
Amizade	1	0,2	18	3,8	34	7	53	3,7
Dinheiro	5	1	21	4,3	28	5,9	52	3,6
Trabalho	3	0,6	8	1,6	22	4,7	31	2,3
Carinho	2	0,4	6	1,2	17	3,6	25	1,7
Alegria	3	0,6	7	1,4	14	3	24	1,6
União	1	0,2	4	0,8	11	2,3	16	1,1
Moradia	1	0,2	3	0,6	8	1,7	12	0,8
Sinceridade	-	-	6	1,2	3	0,6	9	0,6
Tranquilidade	2	0,4	2	0,4	6	1,3	10	0,7
Outras	68	13,9	118	24,3	135	28,5	321	22,4
TOTAL	491	100	486	100	473	100	1434	100

Na análise bivariada dos fatores associados à autopercepção da felicidade, as categorias que foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com relação às pessoas mais felizes foram: ter 60 anos ou mais, ser da raça branca, não ter vínculo empregatício, ter renda mensal familiar igual ou superior à R\$ 600,00, sentir-se sempre amado por seus familiares e amigos, sorrir sempre ou na maior parte das vezes, ser muito religioso, ter participado de culto religioso no último mês, estar conectado a ser ou força espiritual, ter um sentido de vida, ter admiração àquilo que lhe cerca, sentir-se totalizado e integrado, sentir-se forte espiritualmente, ter paz interior, ser esperançoso e otimista quanto ao futuro, ter fé, não ser fumante, ter boa qualidade no sono, estar satisfeito com relação à saúde sexual, cuidar da saúde sempre ou moderadamente, considerar-se saudável, não ter depressão, não ser portador de dor crônica ou apresentar dores crônicas menos intensas (Tabelas 9 a 12).

Vale ressaltar que, na análise bivariada, as variáveis de morbidade hipertensão arterial e diabetes mellitus não foram estatisticamente significativas com o desfecho felicidade, com $p = 0,55$ e $0,35$ respectivamente.

Tabela 9 –Análise dos fatores associados à autopercepção da felicidade de adultos e idosos conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Felicidade				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Socioeconômicas e demográficas							
Idade					0,65	0,47 - 0,91	0,012
40 a 59 anos	108	51,9	268	62,3			
60 anos ou mais	100	48,1	162	37,7			
Média de idade	208	59,8	430	57	-	-	0,005*
Com quem mora					0,94	0,61 - 1,47	0,800
Cônjuge e/ou família	172	82,7	359	83,5			
Sozinho	36	17,3	71	16,5			
Raça					1,49	1,05 - 2,11	0,024
Branca	142	68,3	254	59,1			
Preta/Parda/Amarela	66	31,7	176	40,9			
Situação conjugal					1,05	0,75 - 1,48	0,755
Com companheiro(a)	127	61,1	257	59,8			
Sem companheiro(a)	81	38,9	173	40,2			
Grau de escolaridade					0,83	0,58 - 1,19	0,319
Analfabeto - 1º grau completo	142	68,3	310	72,1			
2º grau incompleto - pós-graduação	66	31,7	120	27,9			

Tabela 9 – (continuação)

Variáveis	Felicidade				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Situação de trabalho**					0,68	0,48 - 0,96	0,029
Com vínculo empregatício	69	33,3	182	42,3			
Sem vínculo empregatício	138	66,7	248	57,7			
Renda mensal familiar***					1,65	1,11 - 2,46	0,011
≥ R\$ 600,00	148	77,1	272	67,0			
< R\$ 600,00	44	22,9	134	33,0			
Classificação da ABEP					1,40	0,98 - 1,99	0,064
A+B	73	35,1	120	27,9			
C+D+E	135	64,9	310	72,1			

*Kruskal-Wallis ** 1 pessoa não informou situação de trabalho *** 40 pessoas não informaram renda

Tabela 10 –Análise dos fatores associados à autopercepção da felicidade de adultos e idosos conforme variáveis relacionadas a emoções/situações positivas, religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQOL). Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Felicidade				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Emoções e situações positivas							
Frequência com que se sente amado por parentes e amigos					3,54	2,03 - 6,18	0,000
Sempre	192	92,3	332	77,2			
Maior parte das vezes - Nunca	16	7,7	98	22,8			
Frequência com que sorri					1,62	1,07 - 2,43	0,019
Sempre/Maior parte das vezes	169	81,3	313	72,8			
Às vezes/Pouco/Nunca	39	18,8	117	27,2			
Estado de <i>flow</i>					1,30	0,92 - 1,82	0,126
Sempre/Maior parte das vezes	87	41,8	153	35,6			
Às vezes/Pouco/Nunca	121	58,2	277	64,4			
Religiosidade					2,14	1,48 - 3,10	0,000
Muito religioso	74	35,6	88	20,5			

Tabela 10 – (continuação)

Variáveis	Felicidade				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Nada/pouco/mais ou menos religioso	134	64,4	342	79,5			
Participação em culto religioso no último mês					1,73	1,23 - 2,43	0,001
Sim	131	63,0	213	49,5			
Não	77	37,0	217	50,5			
Religião, espiritualidade e crenças pessoais (módulo WHOQOL)							
Conexão a ser ou força espiritual					1,44	1,01 - 2,07	0,046
Escore \geq 18	150	72,1	276	64,2			
Escore $<$ 18	58	27,9	154	35,8			
Sentido de vida					2,40	1,67 - 3,46	0,000
Escore \geq 18	155	74,5	236	54,9			
Escore $<$ 18	53	25,5	194	45,1			
Admiração					1,78	1,22 - 2,60	0,002
Escore \geq 18	160	76,9	280	65,1			
Escore $<$ 18	48	23,1	150	34,9			
Totalidade e integração					2,96	1,98 - 4,44	0,000
Escore \geq 16	171	82,2	262	60,9			
Escore $<$ 16	37	17,8	168	39,1			
Força espiritual					1,78	1,22 - 2,59	0,002
Escore \geq 18	158	76,0	275	64,0			
Escore $<$ 18	50	24,0	155	36,0			
Paz interior					2,71	1,80 - 4,06	0,000
Escore \geq 17	171	82,2	271	63,0			
Escore $<$ 17	37	17,8	159	37,0			

Esperança e otimismo					2,40	1,66 - 3,49	0,000
Escore \geq 18	158	76,0	244	56,7			
Escore $<$ 18	50	24,0	186	43,3			
Fé					1,87	1,20 - 2,92	0,005
Escore \geq 19	178	85,6	327	76,0			

Tabela 10 – (continuação)

Variáveis	Felicidade				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Escore $<$ 19	30	14,4	103	24,0			

Tabela 11 –Análise dos fatores associados à autopercepção da felicidade de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de vida e uso do tempo. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Felicidade				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Estilos de vida							
Tabagismo					1,64	1,12 - 2,42	0,011
Não	162	77,9	293	68,1			
Sim	46	22,1	137	31,9			
Consumo abusivo de álcool					0,88	0,92 - 2,13	0,114
Não	171	82,2	330	76,7			
Sim	37	17,8	100	23,3			
Atividade Física					0,89	0,63 - 1,24	0,493
Ativo	85	40,9	188	43,7			
Inativo	123	59,1	242	56,3			
Qualidade do sono					1,46	1,04 - 2,06	0,028
Boa	135	64,9	240	55,8			
Ruim	73	35,1	190	44,2			

Saúde Sexual					1,54	1,08 - 2,19	0,015
Satisfeito	144	69,2	255	59,3			
Insatisfeito	64	30,8	175	40,7			
Uso do tempo							
Dedica tempo ao lazer e prazer diariamente					1,31	0,94 - 1,83	1,310
Sim	120	57,7	219	50,9			
Não	88	42,3	211	49,1			
Tempo que se dedica ao prazer e lazer por dia					1,39	0,95 - 2,06	0,089
> 2 horas	55	26,4	88	20,5			

Tabela 11 – (continuação)

Variáveis	Felicidade				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
≤ 2 horas/não dedica	153	73,6	342	79,5			

Tabela 12 – Análise dos fatores associados à autopercepção da felicidade de adultos e idosos conforme variáveis de situação de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Felicidade				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Situação de saúde							
Autocuidado					1,83	1,22 - 2,75	0,000
Sim	169	81,3	302	70,2			
Não	39	18,8	128	29,8			
Autopercepção da saúde					1,47	1,02 - 2,10	0,036
Boa	149	71,6	272	63,3			
Ruim	59	28,4	158	36,7			

Depressão					3,85	2,29 - 6,45	0,000
Não	189	90,9	310	72,1			
Sim	19	9,1	120	27,9			
Diabetes mellitus					0,81	0,52 - 1,25	0,352
Não	169	81,3	362	84,2			
Sim	39	18,8	68	15,8			
Hipertensão arterial					1,10	0,79 - 1,55	0,550
Não	127	61,1	252	41,4			
Sim	81	38,9	178	58,6			
Presença de dor crônica					2,40	1,66 - 3,49	0,000
Não	159	76,4	247	57,4			
Sim	49	23,6	183	42,6			
Intensidade da dor					3,34	1,91 - 5,87	0,000
Sem dor/Fraca/moderada	192	92,3	336	78,1			
Forte/violenta/Insuportável	16	7,7	94	21,9			
Consumo de medicamentos							

Tabela 12 – (continuação)

Variáveis	Felicidade				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Consumo contínuo de medicamentos					0,82	0,58 - 1,14	0,239
Sim	99	47,6	226	52,6			
Não	109	52,4	204	47,4			
Quantidade de medicamentos (n=325)					1,38	0,70 - 2,71	0,250
1 - 4	86	86,9	187	17,3			
5 ou mais	13	13,1	39	82,7			

Adesão a terapia medicamentosa (n=325)					0,93	0,57 - 1,50	0,772
Sim (soma = 4)	57	57,6	134	59,3			
Não (soma = 0 a 3)	42	42,4	92	40,7			
Uso dos serviços de saúde							
Plano privado de saúde					1,41	0,95 - 2,08	0,086
Sim	53	25,5	84	19,5			
Não	155	74,5	346	80,5			
Consulta nos últimos 3 meses					1,07	0,77 - 1,49	0,677
Sim	112	53,8	224	52,1			
Não	96	46,2	206	47,9			
Internação nos últimos 12 meses					0,88	0,48 - 1,63	0,695
Sim	16	7,7	37	8,6			
Não	192	92,3	393	91,4			

A Tabela 13 apresenta as variáveis ajustadas ao sexo, idade e raça que permaneceram no modelo final e que estão associadas significativamente à autopercepção positiva da felicidade, de forma independente das demais categorias analisadas. Assim, após controle dos fatores de confusão, as variáveis que apresentaram $p < 0,05$ foram: sentir-se amado sempre pelos familiares e amigos, não ter depressão, não sentir dor ou sentir dores crônicas em menor intensidade, sentir-se integrado e totalizado com relação ao corpo, mente e alma e se considerar muito religioso.

Tabela 13 –Análise multivariada dos fatores associados à autopercepção de felicidade ajustado por sexo, raça e idade entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Socioeconômicas e demográficas			
Situação de trabalho		0,47 - 1,21	0,244
Com vínculo empregatício	0,75		
Sem vínculo empregatício	1,00		
Renda mensal familiar		0,82 - 2,13	0,246
≥ R\$ 600,00	1,32		
< R\$ 600,00	1,00		
ABEP		0,66 - 1,66	0,839
A+B	1,05		
C+D+E	1,00		
Emoções e situações positivas			
Frequência com que se sente amado por parentes e amigos		1,04 - 3,90	0,039*
Sempre	2,00		
Maior parte das vezes - Nunca	1,00		
Estado de <i>flow</i>		0,80 - 1,83	0,349
Sempre/Maior parte das vezes	1,21		
Às vezes/Pouco/Nunca	1,00		
Frequência com que sorri		0,64 - 1,78	0,790
Sempre/Maior parte das vezes	1,07		
Às vezes/Pouco/Nunca	1,00		
Religiosidade		1,07 - 2,69	0,024*
Muito religioso	1,70		
Nada/Pouco/Mais ou menos religioso	1,00		
Participação em culto religioso no último mês		0,80 - 1,88	0,330
Sim	1,23		
Não	1,00		

Religião, espiritualidade e crenças pessoais (módulo WHOQOL)		
Conexão a ser ou força espiritual	0,49 - 1,36	0,443
Escore \geq 18	0,82	
Escore $<$ 18	1,00	

Tabela 13 – (continuação)

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Sentido de vida		0,92 - 2,47	0,099
Escore \geq 18	1,51		
Escore $<$ 18	1,00		
Admiração		0,56 - 1,57	0,839
Escore \geq 18	0,95		
Escore $<$ 18	1,00		
Totalidade e integração		1,08 - 3,21	0,024*
Escore \geq 16	1,87		
Escore $<$ 16	1,00		
Força espiritual		0,43 - 1,23	0,238
Escore \geq 18	0,72		
Escore $<$ 18	1,00		
Paz interior		0,90 - 2,79	0,108
Escore \geq 17	1,58		
Escore $<$ 17	1,00		
Esperança e otimismo		0,92 - 2,48	0,105
Escore \geq 18	1,51		
Escore $<$ 18	1,00		
Fé		0,46 - 1,55	0,588
Escore \geq 19	0,85		
Escore $<$ 19	1,00		
Estilos de vida			
Tabagismo		0,71 - 1,78	0,621
Não	1,12		
Sim	1,00		

Consumo abusivo de álcool		0,59 - 1,68	0,978
Não	1,00		
Sim	1,00		
Qualidade do sono		0,64 - 1,49	0,946
Boa	0,98		
Ruim	1,00		
Saúde sexual		0,85 - 2,03	0,222
Satisfeito	1,31		

Tabela 13 – (continuação)

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Insatisfeito	1,00		
Uso do tempo			
Dedica tempo ao lazer e prazer diariamente		0,42 - 1,09	0,101
Sim	0,67		
Não	1,00		
Tempo que se dedica ao prazer e lazer por dia		0,85 - 2,45	0,173
> 2 horas	1,44		
≤ 2 horas/não dedica	1,00		
Situação de saúde			
Autocuidado		0,70 - 1,92	0,544
Sim	1,16		
Não	1,00		
Autopercepção de saúde		0,51 - 1,30	0,383
Boa	0,81		
Ruim	1,00		
Depressão		1,18 - 4,03	0,013*
Não	2,12		
Sim	1,00		

Presença de dor crônica		0,97 - 2,80	0,061
Não	1,65		
Sim	1,00		
Intensidade da dor crônica		1,08 - 5,08	0,013*
Sem dor/Fraca/moderada	2,34		
Forte/violenta/Insuportável	1,00		
Uso dos serviços de saúde			
Plano privado de saúde		0,45 - 1,18	0,203
Sim	0,73		
Não	1,00		

* p<0,05

O maior preditor para a autopercepção positiva da felicidade foi não apresentar dores crônicas ou apresentar em menor intensidade (OR=2,34 [IC_{95%} = 1,08 - 5,08]), ou seja, a chance da pessoa que não apresenta dores ou tem dores mais amenas se sentir feliz é mais de duas vezes maior comparativamente ao grupo que apresenta dores fortes, violentas e insuportáveis.

Não ter depressão (OR = 2,12 [IC_{95%}=1,18-4,03]), sentir-se amado (OR=2,00 [IC_{95%}=1,04-3,90]), sentir-se integrado (OR=1,87 [IC_{95%} = 1,08-3,21]) e ser muito religioso (OR=1,70 [IC_{95%}=1,07-2,69]) também se mostraram aspectos relevantes para a compreensão dos fatores que influenciam a felicidade das pessoas.

5.2 AMOR - CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

Dos 638 participantes da pesquisa, 524 (82,1% [IC_{95%} 78,9-85,0]) referiram se sentirem amados sempre por seus familiares e amigos. Houve significância estatística nas análises bivariadas relativas às categorias: situação conjugal, renda mensal familiar, com quem mora, religiosidade, conexão a ser ou força superior, sentido de vida, admiração, integração e totalidade, força espiritual, paz, esperança e otimismo, fé, qualidade no sono, satisfação quanto à saúde sexual, dedicar ao lazer e prazer diariamente, autocuidado, autopercepção de saúde, depressão e presença de dor crônica (Tabelas 14 a 17).

Tabela 14 –Análise dos fatores associados ao amor de adultos e idosos conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Amor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Socioeconômicas e demográficas							
Idade					0,81	0,53 - 1,22	0,311
40 a 59	304	58	72	63,2			
60 anos ou mais	220	42	42	36,8			
Média de idade	524	58,2	114	56,6	-	-	0,100*
Com quem mora					1,72	1,05 - 2,82	0,029
Cônjuge e/ou família	444	84,7	87	76,3			
Sozinho	80	15,3	27	23,7			
Raça					0,75	0,48 - 1,15	0,183
Branca	319	60,9	77	67,5			
Preta/Parda/Amarela	205	39,1	37	32,5			
Situação conjugal					1,52	1,01 - 2,29	0,042

Tabela 14 – (continuação)

Variáveis	Amor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Com companheiro (a)	325	62	59	51,8			
Sem companheiro (a)	199	38	55	48,2			
Grau de escolaridade					1,27	0,82 - 1,96	0,278
Analfabeto - 1º grau completo	376	66,7	76	71,8			
2º grau incompleto - pós-graduação	148	33,3	38	28,2			
Situação de trabalho**					0,83	0,55 - 1,25	0,388
Com vínculo empregatício	202	38,6	49	43			
Sem vínculo empregatício	321	61,4	65	57			

Renda mensal familiar***					1,97	1,27 - 3,05	0,002
≥ R\$ 600,00	360	72,9	60	57,7			
< R\$ 600,00	134	27,1	44	42,3			
Classificação da ABEP					1,08	0,69 - 1,68	0,738
A+B	160	30,5	33	28,9			
C+D+E	364	69,5	81	71,1			

*Kruskal- Wallis ** 1 pessoa não informou situação de trabalho *** 40 pessoas não informaram renda

Tabela 15 –Análise dos fatores associados ao amor de adultos e idosos conforme variáveis relacionadas a emoções / situações positivas, religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQL). Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Amor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Emoções e situações positivas							
Estado de <i>flow</i>					1,45	0,93 - 2,24	0,092
Sempre/Maior parte das vezes	205	39,1	35	30,7			
Às vezes/Pouco/Nunca	319	60,9	79	69,3			
Religiosidade					1,74	1,04 - 2,93	0,034
Muito religioso	142	27,1	20	17,5			
Nada/Pouco/Mais ou menos religioso	382	72,9	94	82,5			

Tabela 15 – (continuação)

Variáveis	Amor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Frequência em culto religioso no último mês					1,16	0,77 - 1,70	0,472
Sim	286	54,6	58	50,9			
Não	238	45,4	56	49,1			
Religião, espiritualidade e crenças pessoais (módulo WHOQOL)							

Conexão a ser ou força espiritual					2,08	1,38 - 3,14	0,000
Escore \geq 18	366	69,8	60	52,6			
Escore $<$ 18	158	30,2	54	47,4			
Sentido de vida					3,75	2,45 - 5,74	0,000
Escore \geq 18	351	67	40	35,1			
Escore $<$ 18	173	33	74	64,9			
Admiração					2,71	1,79 - 4,11	0,000
Escore \geq 18	383	73,1	57	50			
Escore $<$ 18	141	26,9	57	50			
Totalidade e integração					3,72	2,09 - 4,81	0,000
Escore \geq 16	381	72,7	52	45,6			
Escore $<$ 16	143	27,3	62	54,4			
Força espiritual					2,54	1,68 - 3,84	0,000
Escore \geq 18	376	71,8	57	50			
Escore $<$ 18	148	28,2	57	50			
Paz interior					3,47	2,28 - 5,27	0,000
Escore \geq 17	390	74,4	52	45,6			
Escore $<$ 17	134	25,6	62	54,4			
Esperança e otimismo					3,13	2,06 - 4,75	0,000
Escore \geq 18	356	67,9	46	40,4			
Escore $<$ 18	168	32,1	68	59,6			
Fé					4,59	2,96 - 7,11	0,000
Escore \geq 19	443	84,5	62	54,4			
Escore $<$ 19	81	15,5	42	45,6			

Tabela 16 – Análise dos fatores associados ao amor de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de vida e uso do tempo. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Amor				OR	IC _{95%}	P
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Estilos de Vida							
Tabagismo					1,37	0,89 - 2,11	0,149
Não	380	72,5	75	65,8			
Sim	144	27,5	39	34,2			

Consumo abusivo de álcool				1,31	0,82 - 2,11	0,255
Não	416	79,4	85	74,6		
Sim	108	20,6	29	25,4		
Atividade Física				1,29	0,85 - 1,96	0,227
Ativo	230	43,9	43	37,7		
Inativo	294	56,1	71	62,3		
Qualidade do sono				1,61	1,07 - 2,42	0,021
Boa	319	60,9	56	49,1		
Ruim	205	39,1	58	50,9		
Saúde Sexual				2,14	1,42 - 3,22	0,000
Satisfeito	345	65,8	54	47,4		
Insatisfeito	179	34,2	60	52,6		
Uso do tempo						
Dedica tempo ao lazer e pra- zer diariamente				1,96	1,30 - 2,96	0,000
Sim	294	56,1	45	39,5		
Não	230	43,9	69	60,5		
Tempo que se dedica ao pra- zer e lazer por dia				1,34	0,80 - 2,25	0,259
> 2 horas	122	23,3	21	18,4		
≤ 2 horas/não dedica	402	76,7	93	81,6		

Tabela 17 – Análise dos fatores associados ao amor de adultos e idosos conforme variáveis de situação de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde.

Variáveis	Amor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Situação de Saúde							
Autocuidado				2,15	1,40 - 3,29	0,000	
Sim	402	76,7	69	60,5			
Não	122	23,3	45	39,5			
Autopercepção da saúde				1,75	1,15 - 2,63	0,007	
Boa	358	68,3	63	55,3			
Ruim	166	44,7	51	31,7			

Depressão					3,29	2,13 - 5,09	0,000
Não	432	82,4	67	58,8			
Sim	92	17,6	47	41,2			
Diabetes mellitus					1,15	0,68 - 1,95	0,602
Não	438	83,6	93	81,6			
Sim	86	16,4	21	18,4			
Hipertensão arterial					1,28	0,85 - 1,93	0,228
Não	317	60,5	62	54,4			
Sim	207	39,5	52	45,6			
Presença de dor crônica					1,82	1,21 - 2,75	0,004
Não	347	66,2	59	51,8			
Sim	177	33,8	55	48,2			
Intensidade da dor					1,24	0,76 - 2,11	0,360
Sem dor/Fraca/moderada	437	83,4	91	79,8			
Forte/violenta/Insuportável	87	16,6	23	20,2			
Consumo de medicamentos contínuos							
Consumo contínuo de medicamentos					1,00	0,66 - 1,49	0,988
Sim	267	51	58	50,9			
Não	257	49	56	49,1			
Quantidade de medicamentos (n=325)					1,11	0,52 - 2,38	0,776

Tabela 17 – (continuação)

Variáveis	Amor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
1 - 4	225	84,3	48	82,8			
5 ou mais	42	15,7	10	17,2			
Adesão a terapia medicamentosa (n=325)					1,68	0,94 - 2,93	0,073
Sim (soma = 4)	163	61	28	48,3			
Não (soma = 0 a 3)	104	39	30	51,7			

Uso dos serviços de saúde							
Plano privado de saúde					1,26	0,75 - 2,11	0,381
Sim	116	22,1	21	18,4			
Não	408	77,9	93	81,6			
Consulta nos últimos 3 meses					0,88	0,58 - 1,32	0,539
Sim	273	52,1	63	55,3			
Não	251	47,9	51	44,7			
Internação nos últimos 12 meses					0,72	0,37 - 1,42	0,343
Sim	41	7,8	12	10,5			
Não	483	92,2	102	89,5			

A Tabela 18 mostra os resultados finais da análise multivariada. Os fatores que permaneceram associados significativamente à emoção de sentir-se amado pelos familiares e amigos foram não morar sozinho, não ser portador de dor crônica, ter fê, ter uma renda mensal familiar igual ou superior à R\$ 600,00 e ter um sentido para a vida.

Tabela 18 –Análise multivariada dos fatores associados ao amor ajustado por sexo, raça e idade entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	OR	IC_{95%}	Valor de p
Socioeconômicas e demográficas			
Com quem mora		1,19 - 5,05	0,015*
Cônjuge e/ou família	2,45		
Sozinho	1,00		
Situação conjugal		0,51 - 1,75	0,864

Tabela 18 – (continuação)

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Com companheiro(a)	0,94		
Sem companheiro(a)	1,00		
Renda mensal familiar		1,11 - 3,36	0,019*
≥ R\$ 600,00	1,94		
< R\$ 600,00	1,00		
Emoções e situações positivas			
Estado de <i>flow</i>		0,83 - 2,54	0,179
Sempre/Maior parte das vezes	1,46		
Às vezes/Pouco/Nunca	1,00		
Religiosidade		0,65 - 2,36	0,507
Muito religioso	1,24		
Nada/Pouco/Mais ou menos religioso	1,00		
Religião, espiritualidade e crenças pessoais (módulo WHOQOL)			
Conexão a ser ou força espiritual		0,42 - 1,44	0,432
Escore ≥ 18	0,78		
Escore < 18	1,00		
Sentido de vida		1,18 - 3,91	0,011*
Escore ≥ 18	2,16		
Escore < 18	1,00		
Admiração		0,61 - 1,90	0,797
Escore ≥ 18	1,07		
Escore < 18	1,00		
Totalidade e integração		0,88 - 2,87	0,122
Escore ≥ 16	1,59		
Escore < 16	1,00		
Força espiritual		0,47 - 1,59	0,647
Escore ≥ 18	0,86		
Escore < 18	1,00		
Paz interior		0,80 - 2,81	0,195
Escore ≥ 17	1,51		
Escore < 17	1,00		
Esperança e otimismo		0,59 - 2,05	0,769
Escore ≥ 18	1,09		

Tabela 18 – (continuação)

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Escore < 18	1,00		
Fé		1,66 - 5,50	0,000*
Escore ≥ 19	3,01		
Escore < 19	1,00		
Estilos de vida			
Tabagismo		0,55 - 1,65	0,863
Não	0,95		
Sim	1,00		
Qualidade do sono		0,75 - 2,14	0,371
Boa	1,27		
Ruim	1,00		
Saúde sexual		0,98 - 2,52	0,129
Satisfeito	1,49		
Insatisfeito	1,00		
Uso do tempo			
Dedica tempo ao lazer e prazer diariamente		0,67 - 2,30	0,492
Sim	1,24		
Não	1,00		
Situação de saúde			
Autocuidado		0,88 - 2,70	0,131
Sim	1,54		
Não	1,00		
Autopercepção de saúde		0,62 - 1,95	0,736
Boa	1,10		
Ruim	1,00		
Depressão		0,74 - 2,47	0,323
Não	1,35		
Sim	1,00		
Presença de dor crônica		1,01 - 3,00	0,049*
Não	1,74		
Sim	1,00		

*p<0,05

As variáveis com maior predição ao desfecho amor foram morar com cônjuge e/ou família (OR= 2,45 [IC_{95%} = 1,19-5,05]) e às relacionadas aos módulos do WHOQOL - ter fé na vida (OR= 3,01 [IC_{95%}=1,66-5,50]) e atribuir um sentido para vida (OR= 2,16 [IC_{95%}=1,18-3,91]). A ausência de dores crônicas se mantiveram associadas ao amor após a regressão logística (OR=1,74 [IC_{95%} = 1,01-3,00]) (p=0,049).

5.3 BOM HUMOR - CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

Neste estudo a frequência de bom humor, ou seja, sorrir sempre ou na maior parte das vezes foi de 75,5% (482). No teste de qui-quadrado, as diferenças significativas foram referentes às variáveis: amor, religiosidade, conexão a ser ou força superior, sentido de vida, admiração, integração e totalidade, força espiritual, paz, esperança e otimismo, fé, tabagismo, dedicar tempo ao lazer e prazer diariamente, autocuidado, autopercepção de saúde, depressão, hipertensão arterial, quantidade de medicamentos consumidos, consulta nos últimos três meses e internação no último ano (Tabelas 19 a 22).

Tabela 19 –Análise dos fatores associados ao bom humor de adultos e idosos conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Bom humor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Socio-econômicas e demográficas							
Idade					0,99	0,69 - 1,44	0,990
40 a 59	284	58,9	92	59			
60 anos ou mais	198	41,1	64	41			
Média de idade	482	57,7	156	58,8	-	-	0,143*
Com quem mora					1,25	0,78 - 1,99	0,344
Cônjuge e/ou família	405	84	126	19,2			
Sozinho	77	16	30	80,8			
Raça					0,96	0,66 - 1,39	0,823
Branca	298	61,8	98	62,8			
Preta/Parda/Amarela	184	38,2	58	37,2			

Situação conjugal					1,36	0,94 - 1,96	0,094
Com companheiro(a)	299	62	85	54,5			
Sem companheiro(a)	183	38	71	45,5			
Grau de escolaridade					1,15	0,77 - 1,70	0,475

Tabela 19 – (continuação)

Variáveis	Bom humor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Analfabeto - 1º grau completo	345	71,6	107	68,6			
2º grau incompleto - pós-graduação	137	28,4	49	31,4			
Situação de trabalho**					1,05	0,72 - 1,52	0,781
Com vínculo empregatício	191	39,7	60	38,5			
Sem vínculo empregatício	290	60,3	96	61,5			
Renda mensal familiar***					1,31	0,88 - 1,96	0,177
≥ R\$ 600,00	326	71,6	94	65,7			
< R\$ 600,00	129	28,4	49	34,3			
Classificação da ABEP					1,19	0,79 - 1,77	0,400
A+B	150	31,1	43	27,6			
C+D+E	332	68,9	113	72,4			

* Kruskal- Wallis ** 1 pessoa não informou situação de trabalho *** 40 pessoas não informaram renda

Tabela 20 –Análise dos fatores associados ao bom humor de adultos e idosos conforme variáveis relacionadas a emoções/situações positivas,religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQOL). Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Bom humor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Emoções e situações positivas							
Frequência com que se sente amado por parentes e amigos					3,09	2,01 - 4,72	0,000
Sempre	418	86,7	106	67,9			
Maior parte das vezes - Nunca	64	13,3	50	32,1			
Estado de <i>flow</i>					1,43	0,97 - 2,10	0,065
Sempre/Maior parte das vezes	191	39,6	49	31,4			
Às vezes/Pouco/Nunca	291	60,4	107	68,6			
Religiosidade					1,58	1,01 - 2,47	0,041
Muito religioso	132	27,4	30	19,2			

Tabela 20 – (continuação)

Variáveis	Bom humor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Nada/Pouco/Mais ou menos religioso	350	72,6	126	80,8			
Participação em culto religioso no último mês					1,36	0,95 - 1,96	0,092
Sim	269	55,8	75	48,1			
Não	213	44,2	81	51,9			
Religião, espiritualidade e crenças pessoais (módulo WHOQOL)							
Conexão a ser ou força espiritual					1,88	1,29 - 2,72	0,000
Escore ≥ 18	339	70,3	87	55,8			
Escore < 18	143	29,7	69	44,2			

Sentido de vida					2,36	1,63 - 3,41	0,000
Escore \geq 18	320	66,4	71	45,5			
Escore $<$ 18	162	33,6	45	54,5			
Admiração					1,81	1,24 - 2,63	0,002
Escore \geq 18	348	72,2	92	59			
Escore $<$ 18	134	27,8	64	41			
Totalidade e integração					2,24	1,55 - 3,26	0,000
Escore \geq 16	349	72,4	84	53,8			
Escore $<$ 16	133	27,6	72	46,2			
Força espiritual					2,17	1,49 - 3,14	0,000
Escore \geq 18	348	72,2	85	54,5			
Escore $<$ 18	134	27,8	71	45,5			
Paz interior					1,84	1,26 - 2,68	0,001
Escore \geq 17	350	72,6	92	59			
Escore $<$ 17	132	27,4	64	41			
Esperança e otimismo					2,53	1,75 - 3,66	0,000
Escore \geq 18	330	68,5	72	46,2			
Escore $<$ 18	152	31,5	84	53,8			
Fé					2,27	1,50 - 3,42	0,000
Escore \geq 19	399	82,8	106	67,9			

Tabela 20 – (continuação)

Variáveis	Bom humor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Escore $<$ 19	83	17,2	50	32,1			

Tabela 21 – Análise dos fatores associados ao bom humor de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de vida e uso do tempo. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Bom humor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Estilos de vida							
Tabagismo					1,50	1,02 - 2,21	0,036
Não	354	73,4	101	64,7			
Sim	128	26,6	55	35,3			
Consumo abusivo de álcool					1,43	0,94 - 2,18	0,092
Não	386	80,1	115	73,7			
Sim	96	19,9	41	26,3			
Atividade Física					1,18	0,81 - 1,70	0,376
Ativo	211	43,8	62	39,7			
Inativo	271	56,2	94	60,3			
Qualidade do sono					1,26	0,87 - 1,81	0,21
Boa	290	60,2	85	54,5			
Ruim	192	39,8	71	45,5			
Saúde sexual					1,36	0,94 - 1,95	0,103
Satisfeito	310	64,3	89	57,1			
Insatisfeito	172	35,7	67	42,9			
Uso do tempo							
Dedica tempo ao lazer e prazer diariamente					2,12	1,47 - 3,07	0,000
Sim	278	57,7	61	39,1			
Não	204	42,3	95	60,9			
Tempo que se dedica ao prazer e lazer por dia					1,22	0,78 - 1,90	0,381
> 2 horas	112	23,2	31	19,9			

Tabela 21 – (continuação)

Variáveis	Bom humor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
≤ 2 horas/não dedica	370	76,8	125	80,1			

Tabela 22 – Análise dos fatores associados ao bom humor de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de situação de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Bom humor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Situação de saúde							
Autocuidado					1,95	1,31 - 2,87	0,000
Sim	372	77,2	99	63,5			
Não	110	22,8	57	36,5			
Autopercepção da saúde					1,78	1,24 - 2,59	0,002
Boa	334	69,3	87	55,8			
Ruim	148	30,7	69	44,2			
Depressão					3,32	2,22 - 4,97	0,000
Não	404	83,8	95	60,9			
Sim	78	16,2	61	39,1			
Diabetes mellitus					1,32	0,83 - 2,10	0,233
Não	406	84,2	125	80,1			
Sim	76	15,8	31	19,9			
Hipertensão arterial					1,55	1,08 - 2,23	0,017
Não	299	62	80	51,3			
Sim	183	38	76	48,7			
Presença de dor crônica					1,21	0,83 - 1,75	0,312
Não	312	64,7	94	60,3			
Sim	170	35,3	62	39,7			
Intensidade da dor					1,34	0,84 - 2,11	0,213
Sem dor/Fraca/moderada	404	83,8	124	79,5			
Forte/violenta/Insuportável	78	16,2	32	20,5			
Consumo de medicamentos							

Tabela 22 – (continuação)

Variáveis	Bom humor				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Consumo contínuo de medicamentos					0,69	0,48 - 1,00	0,052
Sim	235	48,8	90	57,7			
Não	247	51,2	66	42,3			
Quantidade de medicamentos*					2,21	1,19 - 4,09	0,010
1 - 4	205	87,2	68	75,6			
5 ou mais	30	12,8	22	24,4			
Adesão a terapia medicamentosa*					1,13	0,68 - 1,84	0,633
Sim (soma = 4)	140	59,6	51	56,7			
Não (soma = 0 a 3)	95	40,4	39	43,3			
Uso dos serviços de saúde							
Plano privado de saúde					0,88	0,57 - 1,36	0,574
Sim	101	21	36	23,1			
Não	381	79	120	76,9			
Consulta nos últimos 3 meses					0,69	0,48 - 0,99	0,045
Sim	243	50,4	93	59,6			
Não	239	49,6	63	40,4			
Internação nos últimos 12 meses					0,50	0,28 - 0,89	0,018
Sim	33	6,8	20	12,8			
Não	449	93,2	136	87,2			

* n=325

Após o controle dos fatores de confusão pela análise multivariada (Tabela 23), a associação positiva ao bom humor se manteve estatisticamente significativa com as variáveis 'esperança e otimismo', 'autocuidado' 'dedicar tempo para lazer e prazer diariamente' e negativamente ao fator 'depressão'. Ser esperançoso e otimista quanto ao futuro (OR= 1,94

[IC_{95%}=1,15-3,23]) se mostrou o fator mais preponderante na população estudada quanto ao desfecho bom humor.

Tabela 23 –Análise multivariada dos fatores associados ao bom humor ajustado por sexo, raça e idade entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Socioeconômicas e demográficas			
Situação conjugal		0,79 - 1,94	0,340
Com companheiro(a)	1,24		
Sem companheiro(a)	1,00		
Renda mensal familiar		0,72 - 1,89	0,531
≥ R\$ 600,00	1,16		
< R\$ 600,00	1,00		
Emoções e situações positivas			
Frequência com que se sente amado por parentes e amigos		0,95 - 2,85	0,073
Sempre	1,64		
Maior parte das vezes - Nunca	1,00		
Estado de <i>flow</i>		0,79 - 1,97	0,326
Sempre/Maior parte das vezes	1,25		
Às vezes/Pouco/Nunca	1,00		
Religiosidade		0,67 - 1,98	0,605
Muito religioso	1,15		
Nada/Pouco/Mais ou menos religioso	1,00		
Participação em culto religioso no último mês		0,63 - 1,57	0,990
Sim	1,00		
Não	1,00		
Religião, espiritualidade e crenças pessoais (módulo WHOQOL)			
Conexão a ser ou força espiritual		0,66 - 1,85	0,688
Escore ≥ 18	1,11		
Escore < 18	1,00		
Sentido de vida		0,78 - 2,16	0,302
Escore ≥ 18	1,30		
Escore < 18	1,00		

Admiração		0,50 - 1,37	0,472
Escore \geq 18	0,83		
Escore $<$ 18	1,00		

Tabela 23 – (continuação)

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Totalidade e integração		0,79 - 2,24	0,274
Escore \geq 16	1,33		
Escore $<$ 16	1,00		
Força espiritual		0,76 - 2,20	0,326
Escore \geq 18	1,30		
Escore $<$ 18	1,00		
Paz interior		0,37 - 1,16	0,151
Escore \geq 17	0,65		
Escore $<$ 17	1,00		
Esperança e otimismo		1,15 - 3,23	0,011*
Escore \geq 18	1,94		
Escore $<$ 18	1,00		
Fé		0,65 - 2,01	0,640
Escore \geq 19	1,14		
Escore $<$ 19	1,00		
Estilos de vida			
Tabagismo		0,68 - 1,79	0,682
Não	1,11		
Sim	1,00		
Consumo abusivo de álcool		0,74 - 2,12	0,409
Não	1,25		
Sim	1,00		
Saúde sexual		0,54 - 1,38	0,544
Satisfeito	0,86		
Insatisfeito	1,00		
Uso do tempo			

Dedica tempo ao lazer e prazer diariamente		1,01 - 2,45	0,046*
Sim	1,57		
Não	1,00		
Situação de saúde			
Autocuidado		1,06 - 2,81	0,028*
Sim	1,72		
Não	1,00		

Tabela 23 – (continuação)

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Autopercepção de saúde		0,89 - 2,28	0,148
Boa	1,42		
Ruim	1,00		
Hipertensão arterial		0,40 - 1,31	0,300
Não	0,73		
Sim	1,00		
Depressão		1,15 - 3,17	0,012*
Não	1,91		
Sim	1,00		
Consumo de medicamentos			
Consumo contínuo de medicamentos		0,51 - 1,76	0,871
Sim	0,95		
Não	1,00		
Uso dos serviços de saúde			
Consulta nos último 3 meses		0,86 - 2,12	0,188
Sim	1,35		
Não	1,00		
Internação no último ano		0,78 - 3,28	0,194
Sim	1,60		
Não	1,00		

*p<0,05

Juntamente com esperança e otimismo, o autocuidado mostrou valores semelhantes (OR=1,72 [IC_{95%}=1,06-2,81]), quer dizer, indivíduos que cuidam da sua saúde tem quase duas vezes mais chance de sorrirem mais frequentemente quando comparados aos que cuidam de si em menor proporção.

5.4 BEM-ESTAR EMOCIONAL - CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

Considerando a variável bem-estar a junção das categorias felicidade (escore ≥ 30), amor (sempre) e sorriso (sempre/maior parte das vezes), a sua frequência foi de 24,9% (IC_{95%} 21,6 - 28,5%). A média de idade entre os classificados positivamente no desfecho bem-estar foi de 59,6 anos (dp 10,4), ao passo que entre os indivíduos que apresentaram o desfecho negativo foi de 57,4 anos (dp 10,4) ($p = 0,031$). No teste de qui-quadrado, as diferenças significativas foram referentes às variáveis: idade, renda mensal familiar, classificação da ABEP, religiosidade, participação em culto religioso no último mês, conexão a ser ou força superior, sentido de vida, admiração, integração e totalidade, força espiritual, paz, esperança e otimismo, fé, tabagismo, consumo abusivo de álcool, qualidade do sono, satisfação quanto à saúde sexual, dedicar-se ao lazer e prazer diariamente, autocuidado, autopercepção de saúde, depressão, presença de dor crônica e intensidade da dor crônica (Tabelas 24 a 27).

Tabela 24 –Análise dos fatores associados ao bem-estar emocional de adultos e idosos conforme variáveis socioeconômicas e demográficas. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Bem-estar emocional				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Socio-econômicas e demográficas							
Idade					0,69	0,48 - 0,99	0,046
40 a 59	83	52,2	293	61,2			
60 anos ou mais	76	47,8	186	38,8			
Média de idade	159	59,6	479	57,4	-	-	0,031*
Com quem mora					1,18	0,72 - 1,93	0,513
Cônjuge e/ou família	135	84,9	396	82,7			
Sozinho	24	15,1	83	17,3			

Raça					1,36	0,92 - 1,97	0,116
Branca	107	67,3	289	60,3			
Preta/Parda/Amarela	52	32,7	190	39,7			
Situação conjugal					1,34	0,93 - 1,95	0,120
Com companheiro(a)	104	65,4	280	58,5			
Sem companheiro(a)	55	34,6	199	41,5			
Grau de escolaridade					0,86	0,59 - 1,23	0,463
Analfabeto - 1º grau completo	109	68,6	343	71,6			
2º grau incompleto - pós-graduação	50	31,4	136	28,4			
Situação de trabalho**					0,74	0,51 - 1,08	0,121
Com vínculo empregatício	54	34,2	197	41,1			
Sem vínculo empregatício	104	65,8	282	58,9			
Renda mensal familiar***					2,14	1,36 - 3,38	0,000

Tabela 24 – (continuação)

Variáveis	Bem-estar emocional				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
≥ R\$ 600,00	120	81,1	300	66,7			
< R\$ 600,00	28	18,9	150	33,3			
Classificação da ABEP					1,46	1,01 - 2,13	0,048
A+B	58	36,5	135	28,2			
C+D+E	101	63,5	344	71,8			

*Kruskal-Wallis **1 pessoa não informou situação de trabalho ***40 pessoas não informaram renda

Tabela 25 – Análise dos fatores associados ao bem-estar emocional de adultos e idosos conforme variáveis relacionadas a emoções/situações positivas, religião, espiritualidade e crenças pessoais (WHOQOL). Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Bem-estar emocional				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Emoções e situações positivas							
Estado de <i>flow</i>					1,33	0,92 - 1,92	0,121
Sempre/Maior parte das vezes	68	42,8	172	35,9			
Às vezes/Pouco/Nunca	91	57,2	307	64,1			
Religiosidade					1,91	1,29 - 2,82	0,001
Muito religioso	56	35,2	106	22,1			
Nada/Pouco/Mais ou menos religioso	103	64,8	373	77,9			
Participação em culto religioso no último mês					2,02	1,39 - 2,95	0,000
Sim	106	66,7	238	49,7			
Não	53	33,3	241	50,3			
Religião, espiritualidade e crenças pessoais (módulo WHOQOL)							
Conexão a ser ou força espiritual					1,74	1,15 - 2,61	0,007
Escore \geq 18	120	75,5	306	63,9			
Escore $<$ 18	39	24,5	173	36,1			
Sentido de vida					3,39	2,20 - 5,20	0,000

Tabela 25 – (continuação)

Variáveis	Bem-estar emocional				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Escore \geq 18	128	80,5	263	54,9			
Escore $<$ 18	31	19,5	216	45,1			
Admiração					2,21	1,43 - 3,41	0,000
Escore \geq 18	128	80,5	312	65,1			
Escore $<$ 18	31	19,5	167	34,9			

Totalidade e integração					4,10	2,49 - 6,72	0,000
Escore \geq 16	138	86,8	295	61,6			
Escore $<$ 16	21	13,2	184	38,4			
Força espiritual					1,86	1,23 - 2,82	0,003
Escore \geq 18	123	77,4	310	64,7			
Escore $<$ 18	36	22,6	169	35,3			
Paz interior					3,55	2,18 - 5,78	0,000
Escore \geq 17	137	86,2	305	63,7			
Escore $<$ 17	22	13,8	174	36,3			
Esperança e otimismo					2,94	1,91 - 4,51	0,000
Escore \geq 18	127	79,9	275	57,4			
Escore $<$ 18	32	20,1	204	42,6			
Fé					2,14	1,28 - 3,58	0,003
Escore \geq 19	139	87,4	366	76,4			
Escore $<$ 19	20	12,6	113	23,6			

Tabela 26 – Análise dos fatores associados ao bem-estar emocional de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de vida e uso do tempo. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Bem-estar emocional				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Estilos de vida							
Tabagismo					1,91	1,24 - 2,97	0,003
Não	128	80,5	327	68,3			
Sim	31	19,5	152	31,7			
Consumo abusivo de álcool					1,84	1,13 - 3,01	0,013

Tabela 26 – (continuação)

Variáveis	Bem-estar emocional				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Não	136	85,5	365	76,2			
Sim	23	14,5	114	23,8			
Atividade Física					1,07	0,75 - 1,54	0,716
Ativo	70	44	203	42,4			
Inativo	89	56	276	57,6			
Qualidade do sono					1,62	1,11 - 2,63	0,018
Boa	107	67,3	268	55,9			
Ruim	52	32,7	211	44,1			
Saúde sexual					1,72	1,16 - 2,55	0,006
Satisfeito	114	71,7	285	59,5			
Insatisfeito	45	28,3	194	40,5			
Uso do tempo							
Dedica tempo ao lazer e prazer diariamente					1,64	1,14 - 2,37	0,007
Sim	99	62,3	240	50,1			
Não	60	37,7	239	49,9			
Tempo que se dedica ao lazer e prazer por dia					1,23	0,80 - 1,86	0,338
> 2 horas	40	25,2	103	21,5			
≤ 2 horas/não dedica	119	74,8	376	78,5			

Tabela 27 – Análise dos fatores associados ao bem-estar emocional de adultos e idosos conforme variáveis de estilo de situação de saúde, consumo contínuo de medicamentos e uso dos serviços de saúde. Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	Bem-estar emocional				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Situação de saúde							
Autocuidado					2,70	1,65 - 4,41	0,000
Sim	137	86,2	334	69,7			
Não	22	13,8	145	30,3			

Tabela 27 – (continuação)

Variáveis	Bem-estar emocional				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Autopercepção da saúde					1,54	1,03 - 2,28	0,032
Boa	116	73	305	63,7			
Ruim	43	27	174	36,3			
Depressão					4,42	2,37 - 8,23	0,000
Não	147	92,5	352	73,5			
Sim	12	7,5	127	26,5			
Diabetes mellitus					0,87	0,54 - 1,39	0,567
Não	130	81,8	401	83,7			
Sim	29	18,2	78	16,3			
Hipertensão arterial					1,40	0,96 - 2,03	0,075
Não	104	65,4	275	57,4			
Sim	55	34,6	204	42,6			
Presença de dor crônica					2,71	1,77 - 4,14	0,000
Não	126	79,2	280	58,5			
Sim	33	20,8	199	41,5			
Intensidade da dor					3,50	2,40 - 5,15	0,000
Sem dor/Fraca/moderada	148	93,1	380	79,3			
Forte/violenta/Insuportável	11	6,9	99	20,7			
Consumo de medicamentos							
Consumo contínuo de medicamentos					0,79	0,55 - 1,13	0,200
Sim	74	46,5	251	52,4			
Não	85	53,5	228	47,6			
Quantidade de medicamentos*					1,29	0,61 - 2,70	0,506
1 - 4	64	86,5	209	83,3			
5 ou mais	10	13,5	42	16,7			
Adesão a terapia medicamentosa*					1,04	0,61 - 1,76	0,891
Sim (soma = 4)	44	59,5	147	58,6			
Não (soma = 0 a 3)	30	40,5	104	41,4			

Tabela 27 – (continuação)

Variáveis	Bem-estar emocional				OR	IC _{95%}	p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Uso dos serviços de saúde							
Plano privado de saúde					1,20	0,79 - 1,84	0,390
Sim	38	23,9	99	20,7			
Não	121	76,1	380	79,3			
Consulta nos últimos 3 meses					1,12	0,78 - 1,60	0,549
Sim	87	54,7	249	52			
Não	72	45,3	230	48			
Internação nos últimos 12 meses					0,87	0,44 - 1,70	0,688
Sim	12	7,5	41	8,6			
Não	147	92,5	438	91,4			

*n=325

Após o controle dos fatores de confusão, os *odds ratio* ajustados indicaram que houve associação positiva entre o desfecho bem-estar emocional com as variáveis renda mensal familiar, autocuidado, depressão, presença de dor crônica, sentido de vida, força espiritual, integração e totalidade e paz interior (Tabela 28). O sentimento de integração de corpo, mente e alma se mostrou como o maior preditor para o desfecho bem-estar emocional (OR=2,71 [IC_{95%} = 1,42 - 5,16]). Na sequência, vem o fator presença de dor crônica (OR=2,34 [IC_{95%}=1,28 - 4,28]), que representa que a chance das pessoas que não apresentam dor contínua é duas vezes maior para experienciar positivamente a vida comparativamente aos que são portadores desta patologia.

Tabela 28 –Análise multivariada dos fatores associados ao bem-estar emocional ajustado por sexo, raça e idade entre adultos e idosos residentes em Matinhos, PR, 2011.

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Socioeconômicas e demográficas			
Situação conjugal		0,78 - 1,95	0,369
Com companheiro(a)	1,23		
Sem companheiro(a)	1,00		
Situação de trabalho		0,47 - 1,33	0,375

Tabela 28 – (continuação)

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Com vínculo empregatício	0,79		
Sem vínculo empregatício	1,00		
Renda mensal familiar		1,02 - 3,05	0,041*
≥ R\$ 600,00	1,77		
< R\$ 600,00	1,00		
Classificação da ABEP		0,78 - 2,08	0,322
A+B	1,28		
C+D+E	1,00		
Emoções e situações positivas			
Estado de <i>flow</i>		0,88 - 2,16	0,159
Sempre/Maior parte das vezes	1,38		
Às vezes/Pouco/Nunca	1,00		
Religiosidade		0,81 - 2,18	0,260
Muito religioso	1,33		
Nada/Pouco/Mais ou menos religioso	1,00		
Participação em culto religioso no último mês		0,80 - 2,07	0,288
Sim	1,29		
Não	1,00		
Religião, espiritualidade e crenças pessoais (módulo WHOQOL)			

Conexão a ser ou força espiritual		0,56 - 1,72	0,951
Escore \geq 18	0,98		
Escore $<$ 18	1,00		
Sentido de vida		1,11 - 3,39	0,020*
Escore \geq 18	1,94		
Escore $<$ 18	1,00		
Admiração		0,51 - 1,34	0,583
Escore \geq 18	0,85		
Escore $<$ 18	1,00		
Totalidade e integração		1,42 - 5,16	0,002*
Escore \geq 16	2,71		
Escore $<$ 16	1,00		
Força espiritual		0,29 - 0,96	0,038*

Tabela 28 – (continuação)

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Escore \geq 18	0,53		
Escore $<$ 18	1,00		
Paz interior		1,05 - 3,98	0,035*
Escore \geq 17	2,05		
Escore $<$ 17	1,00		
Esperança e otimismo		0,89 - 2,74	0,112
Escore \geq 18	1,57		
Escore $<$ 18	1,00		
Fé		0,51 - 2,09	0,929
Escore \geq 19	1,03		
Escore $<$ 19	1,00		
Estilos de vida			
Tabagismo		0,78 - 2,30	0,289
Não	1,34		
Sim	1,00		
Consumo abusivo de álcool		0,75 - 2,54	0,301
Não	1,38		
Sim	1,00		

Qualidade do Sono		0,66 - 1,67	0,826
Boa	1,05		
Ruim	1,00		
Saúde sexual		0,81 - 2,19	0,250
Satisfeito	1,33		
Insatisfeito	1,00		
Uso do tempo			
Dedica tempo ao lazer e prazer diariamente		0,61 - 1,51	0,850
Sim	0,96		
Não	1,00		
Situação de saúde			
Autocuidado		1,19 - 3,94	0,012*
Sim	2,16		
Não	1,00		
Autopercepção de saúde		0,48 - 1,38	0,461

Tabela 28 – (continuação)

Variáveis	OR	IC _{95%}	Valor de p
Boa	0,82		
Ruim	1,00		
Depressão		1,01 - 2,38	0,048*
Não	2,10		
Sim	1,00		
Hipertensão arterial		0,85 - 3,14	0,134
Não	1,36		
Sim	1,00		
Presença de dor crônica		1,28 - 4,28	0,005*
Não	2,34		
Sim	1,00		
Intensidade da dor crônica		0,63 - 3,86	0,338
Sem dor/Fraca/moderada	1,56		
Forte/violenta/Insuportável	1,00		
Consumo de medicamentos			
Consumo contínuo de medicamentos		0,64 - 2,33	0,553
Sim	1,23		
Não	1,00		

6 DISCUSSÃO

No Brasil, a discussão crítica sobre a promoção da saúde envolve reflexões e práticas no nível individual - qualidade de vida, bem-estar e estilos de vida saudáveis, bem como no nível coletivo - a vigilância em saúde, município e políticas públicas saudáveis.

Entretanto, segundo Almeida Filho (2011),

[...] devido ao bloqueio epistemológico e conseqüente subdesenvolvimento conceitual dos campos de conhecimento básico, clínico e epidemiológico, pesquisadores e experts não têm sido capazes de produzir referenciais e metodológicos consistentes e eficazes sobre a questão da saúde. De fato, nas disciplinas que constituem o chamado campo de saúde, observa-se flagrante desinteresse em construir conceitualmente o objeto saúde (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 141).

Por este fato, estudos epidemiológicos acerca de aspectos positivos que reflitam a sensação de bem-estar como felicidade, amor e bom humor são praticamente inexistentes no contexto nacional, o que dificulta comparações dos resultados obtidos com outras populações.

Para garantir a validade interna e externa da pesquisa, alguns cuidados metodológicos foram adotados como treinamentos teórico-práticos dos estudantes que participaram da coleta de dados, supervisão constante dos entrevistadores, realização da pesquisa em período adequado (90 dias) e fora dos meses de alta temporada, o que minimizou vieses de seleção e aferição.

Como já bem evidenciado na literatura científica, neste trabalho foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros masculino e feminino com relação à todas as categorias de variáveis analisadas, inclusive de saúde.

As mulheres apresentaram maior grau de escolaridade do que os homens e no sexo masculino foi encontrada maior proporção de indivíduos profissionalmente ativos, que vivem com a companheira e classificados no estrato A e B da ABEP. Quanto aos afetos e situações positivas, o gênero feminino apresentou as maiores percentagens comparativamente aos homens. Contudo, tais diferenças entre os sexos com relação à felicidade, amor e bom humor não foram estatisticamente significativas. No mesmo sentido, as patologias crônicas foram mais frequentes entre as mulheres, com exceção da intensidade da dor.

Outro resultado do estudo que chama a atenção é que 29,8% da população entrevistada tem renda familiar inferior a 600,00 reais mensais. Os municípios do litoral do

Paraná, inclusive Matinhos, reconhecidos pela riqueza natural e pobreza social, são considerados uma das regiões mais carentes do Estado (ESTADES, 2003). Segundo IPARDES (2003), o litoral apresentou a segunda maior taxa de pobreza (19,5%) do Paraná, só estando atrás de Ponta Grossa (21%). Uma das explicações que podem justificar o baixo poder aquisitivo da população nesta região é o fato de que mais da metade dos indivíduos (57,5%) serem analfabetos ou não terem concluído o primeiro grau.

Como reflexo dos determinantes sociais locais, o impacto nos estilos de vida da comunidade matinhense é perceptível e alarmante. A taxa de tabagismo encontrada nesta tese foi de 28,7%. Este índice é superior à frequência mais elevada de fumantes de todas as capitais brasileiras estudadas no Vigitel 2010, que foi Rio Branco com 20%. A média de tabagismo entre pessoas com 45 anos ou mais foi de 14,3% (BRASIL, 2011). No mesmo sentido, a prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (21,5%) foi semelhante a de Salvador (25,2%), classificada como a mais alta do país (BRASIL, 2011). Considerando apenas os indivíduos com 45 anos ou mais, a média de consumo abusivo de bebidas alcoólicas encontrada no Vigitel 2010 foi de 10,3%.

6.1 ENTRE O AMOR E A DOR: A FELICIDADE DO PONTO DE VISTA EPIDEMIOLÓGICO

Neste estudo, a média do escore na Escala de Satisfação com a Vida foi de 25,38 (dp=6,04), semelhante aos resultados obtidos em pesquisa realizada em Santa Cruz do Sul (RS) com pessoas com 14 anos ou mais ($\mu = 39,7$ anos), que foi de 24,93 (dp=5,57) (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). Scalco (2008), em Pelotas, constatou em população de 20 anos ou mais a prevalência de autopercepção de felicidade de 73,4%, mais que o dobro da porcentagem encontrada neste estudo (32,6%). Joia, Ruiz e Donalisio (2007) observaram que mais da metade dos idosos estudados em Botucatu (51,5%) estava muito satisfeita com a vida que levava. Entretanto, é necessário destacar que em ambas as pesquisas os instrumentos aplicados para a mensuração da satisfação com a vida foram diferentes do utilizado neste trabalho. Além disso, neste estudo a análise da felicidade não incluiu as pessoas classificadas como muito felizes (escores entre 25 a 29).

Entre as dimensões da vida relacionadas à felicidade, a saúde (17,5%) foi a categoria mais citada entre os entrevistados (Tabela 8), informação que vem ao encontro dos resultados constatados por Dela Coleta e Dela Coleta (2006) entre estudantes universitários de Minas Gerais e Goiás (15,5%). Os dados expostos mostram que, para os sujeitos participantes desta pesquisa, a concepção de bem-estar e vida boa passa prioritariamente pela satisfação de

exigências relativas ao processo saúde-doença - seja pela valorização de experiências vividas de maneira positiva e saudável, seja pela redução da qualidade de vida e saúde em decorrência de problemas físicos e/ou mentais - como dor crônica e depressão, que neste estudo apresentaram frequências de 36,4% e 21,8%. Um sexto dos entrevistados relatou apresentar dores crônicas cuja intensidade era forte, violenta e insuportável (17,2%).

Destaca-se que, nesta investigação, o maior preditor para autopercepção positiva da felicidade foi a ausência de dores crônicas ou sua presença em menores intensidades. Assim, pessoas sem dor ou com dores fracas e moderadas tem duas vezes mais chance de serem felizes comparativamente aos que apresentaram dores mais fortes. Gureje et al. (1998) verificaram dados similares em trabalho conduzido em 15 centros da Ásia, África, Europa e Américas.

Apesar desta pesquisa ter delineamento seccional e não ser possível estabelecer relação de causalidade, em trabalho de Dworkin et al. (1992), a baixa satisfação com a vida se mostrou um preditor para dores persistentes em estudo longitudinal prospectivo entre pacientes com herpes zoster.

Sabe-se que a dor crônica é multidimensional e afeta tanto aspectos físicos e emocionais quanto as relações sociais, familiares e de trabalho. No caso da terceira idade o impacto da dor persistente é ainda maior, pois dependendo da sua intensidade, a autonomia do idoso no desempenho de suas funções diárias fica comprometida, afetando em grande medida seu bem-estar subjetivo e geral (RAMOS, 2002).

No mesmo sentido da dor crônica, esta investigação identificou que a depressão esteve associada inversamente à autopercepção positiva de felicidade, o que corrobora os achados observados em pesquisa nacional realizada em município do sul do Brasil (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). Contudo, a despeito da Política de Saúde Mental, que preconiza o estímulo de práticas pautadas no território e articulação com uma rede ampliada de serviços de saúde, os transtornos mentais ainda não estão inseridos na atenção primária à saúde (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Vale a pena ressaltar que, entre os transtornos mentais, a depressão é considerada como um fator que modifica consistentemente o bem-estar subjetivo do indivíduo, sendo associada à uma visão negativa e pessimista de si e do mundo (MATSUBAYASHI et al., 1992; CHENG; FURNHAM, 2003). Os portadores de sintomas depressivos, especialmente quando não diagnosticados e tratados adequadamente, podem apresentar comprometimento em domínios importantes para seu bem-estar no âmbito pessoal,

social, familiar e laboral, o que pode culminar em uma insatisfação e infelicidade quase generalizada (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

A relação do bem-estar subjetivo com hipertensão arterial e diabetes mellitus não foi estatisticamente significativa. Esta situação pode ser justificada pelo fato da hipertensão arterial e diabetes mellitus serem patologias frequentemente assintomáticas, o que pode sugerir que doenças que não apresentam sinais e sintomas impactam em menor proporção na dimensão emocional dos indivíduos comparativamente às doenças sintomáticas. Os resultados deste estudo reiteram tal afirmação já que depressão e dor crônica, ou seja, enfermidades sintomáticas, se mantiveram associadas inversamente à autopercepção positiva da felicidade. Além disso, outra questão que pode explicar a não associação, é que HAS e DM são alvos de cuidados contínuos à saúde do adulto e idoso na Estratégia Saúde da Família (ESF), com enfoque em ações de prevenção e promoção da saúde (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

Neste estudo, sentir-se amado por familiares e amigos se mostrou um importante fator associado à autopercepção positiva da felicidade. Estes resultados corroboram pesquisas nacionais (RAMOS, 2002; GUEDEA et al., 2006) e internacionais (ESCH; STEFANO, 2005a; DIENER; SELIGMAN, 2002) que apontam que as pessoas são mais felizes quando estão associadas a outras, seja parceiros amorosos, parentes e bons amigos, uma vez que são imprescindíveis na definição de valores e aspirações. Alguns autores colocam que o suporte social e conexões interpessoais vinculadas ao sentimento de amor são fontes poderosas de bem-estar e satisfação na vida (RESENDE et al., 2006; SNYDER; LOPEZ, 2009; ANDREWS, 2011).

No recente livro publicado '*O poder das conexões*', de Christakis e Fowler (2010) destacam que mais importante que a quantidade, é a qualidade afetiva das conexões que são estabelecidas com amigos e familiares. Como colocam, a questão primordial parte da compreensão da propagação das emoções nas redes sociais, que nesse caso está vinculado não em ter mais amigos e, sim, ter amigos íntimos que se julgam felizes, de tal modo que cada amigo feliz que uma pessoa tem, aumenta a probabilidade do indivíduo ser feliz em 9% (FOWLER; CHRISTAKIS, 2008; CHRISTAKIS; FOWLER, 2010).

Outro aspecto que está associado a maiores níveis e felicidade é o comprometimento com a fé, seja por meio da religiosidade ou da espiritualidade (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007; SNYDER; LOPEZ, 2009). Nesta tese, as pessoas que se julgaram muito religiosas tem quase duas vezes mais chance de serem muito felizes

comparadas ao grupo de referência. Achados semelhantes foram observados entre mulheres em Pelotas (SCALCO, 2008).

Apesar de historicamente ignorada por pesquisadores, psicólogos e profissionais da saúde, atualmente o cenário do estudo da religião, religiosidade e espiritualidade tem se modificado em decorrência do que denominaram como espiritualidade baseada em evidências (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). Nas últimas décadas, centenas de artigos científicos foram publicados relacionando as questões religiosas ao bem-estar emocional, saúde física e mental e qualidade de vida (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; PANZINI et al., 2007), o que tem demonstrado que acreditar em algo superior a si faz bem à vida e saúde. As evidências indicam que indivíduos com fé religiosa administram melhor o estresse, recuperam-se mais rápido de depressão, tem menos ansiedade e outras emoções negativas, apresentam maior expectativa de vida, consomem em menor quantidade álcool e drogas (POWELL; SHAHABI; THORESEN, 2003; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; KOENIG, 2007).

As evidências consistentes ressaltam que pessoas que tem o hábito de praticar regularmente atividades religiosas tem seu risco de óbito reduzido em cerca de 30% e, após ajustes para os fatores de confusão, em até 25% (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

Acredita-se que existam duas justificativas que explicariam a associação entre religiosidade e felicidade (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007). A primeira delas parte do princípio que a espiritualidade atribui um sentido maior para as vidas das pessoas, respondendo a questionamentos como *Quem eu sou? Da onde vim,? Para onde vou? Qual o sentido da existência humana?*, que comumente levam à angústia e à infelicidade (PESSINI, 2007). O segundo motivo é que parte da satisfação com a religião provavelmente advém dos contatos sociais que ela proporciona, diminuindo a sensação de solidão e isolamento (SNYDER; LOPEZ, 2009).

Quanto aos fatores demográficos, no presente estudo nenhuma variável permaneceu significativa após a análise multivariada. Como ressaltam Guedea et al., fatores como idade, renda, situação conjugal e grau de escolaridade exercem pouca influência sobre o bem-estar subjetivo. Tomando-os todos em conjunto, raramente esclarecem mais de 10% da variância no equilíbrio da satisfação com a vida (GUEDEA et al., 2006).

Em relação a outras emoções positivas, nesta investigação o estado de *flow* não esteve associado à felicidade, o que corrobora os achados de pesquisa realizada entre universitários em São Paulo (GRAZIANO, 2005). Assim, pode-se afirmar que diferentemente dos resultados científicos obtidos nos Estados Unidos (CSIKSZENTMIHALYI, 1999), no

Brasil esta correlação ainda não foi evidenciada, o que em parte pode ser questionada pela ausência de instrumentos validados para avaliar o *flow* na nossa população.

6.2 AMOR COMO DESFECHO POSITIVO EM SAÚDE

Importante destacar que, como são escassas pesquisas sobre o amor, este estudo considerou a crença que os indivíduos tem de acreditar que é amado está fortemente ligado ao conceito de suporte social, como descreve Cobb (1976).

Neste estudo, a fé² se mostrou o fator preditivo mais preponderante com relação ao sentimento de sentir-se amado por amigos e familiares. Mediante os achados deste trabalho, leva-se a crer que pessoas que se sentem amadas, seguras e apoiadas emocionalmente por cônjuges, parentes próximos e amigos íntimos acreditam mais em si, tem maior autoestima e tem maior probabilidade de enfrentar e adaptar-se a mudanças, como problemas de saúde e situações de perda e luto, que naturalmente aumentam com o avançar da idade.

No mesmo sentido, nesta investigação a variável 'morar com cônjuge e/ou família' permaneceu estatisticamente significativa ao amor após controle dos fatores de confusão. Isto representa que as conexões familiares positivas aparecem como importante contribuição para a identidade social, senso de pertencimento e sentido de vida de adultos e idosos. Inclusive, em pesquisa realizada em município do Rio Grande do Sul, a família se mostrou como principal suporte social entre idosos (MORAES; SOUZA, 2005). Estes resultados são semelhantes aos identificados por Wu e Pollard (1998), que concluíram que idosos não-casados e sem filhos não obtêm o suporte emocional necessário para garantir um envelhecimento bem-sucedido e ativo.

Assim, a partir dos dados desta e de outras pesquisas (CHRISTAKIS; FOWLER, 2008), aventa-se a hipótese que a proximidade física de parentes é relevante para o florescimento de emoções positivas - como o amor -, já que quando as pessoas moram juntas se vêem mais frequentemente, podendo reduzir o sentimento de solidão e isolamento e favorecer o compartilhamento de sentimentos e experiências.

Porém, há de se ponderar que nem sempre o apoio social repercute positivamente na vida de idosos. Um efeito negativo está vinculado à baixa autoestima, que é

² Importante pontuar que a fé foi considerada como a crença em si mesmo, nos outros ou em Deus e foi avaliada a partir das questões: '*Até que ponto a fé: contribuiu para seu bem-estar?; lhe dá conforto no dia a dia?; lhe dá força no dia a dia?; ajuda a aproveitar a vida?*'(PANZINI et al., 2007)

decorrente da percepção do idoso em aceitar a dependência/incapacidade e perda da autonomia. Outra questão é que o idoso pode se considerar um peso para a pessoa amada, o que gera angústia e sofrimento psíquico (RAMOS, 2002).

Atualmente diversas pesquisas tem apontado que o pertencimento a vários grupos sociais, como os de terapia comunitária (VIEIRA A. G.; MORAIS, 2008), trazem benefícios para a saúde física e mental. Ao diversificar as redes sociais, tem-se a oportunidade de desempenhar vários papéis, podendo estabelecer trocas mais ricas e significativas. Além disso, também pode amenizar a frustração e angústia quando um desses laços afetivos é rompido, já que não é a única fonte de expectativa da pessoa.

Este estudo, tal como o realizado por Krause (2007), evidenciou a importância do sentimento de amor e do relacionamento interpessoal saudável com familiares e amigos para encontrar um sentido para a vida (OR= 2,16 [IC_{95%} = 1,18-3,91]). Como ressaltou Frankl (1991), para se atribuir um significado à vida é necessário encontrá-lo e descobri-lo, e não criá-lo, pois o bem-estar mais amplo viria como consequência de se viver uma vida cujo sentido é existente, claro e transcendente, ou seja, que está além da própria pessoa (FRANKL, 1991).

Quanto aos fatores demográficos, nesta tese foi identificada uma relação negativa entre amor e renda familiar baixa. Considerando que o sentimento de amar e ser amado está intimamente relacionado ao apoio social (COBB, 1976), pesquisas tem mostrado ligação entre nível socioeconômico e suporte social: rendas baixas estão associadas com restrito acesso ao suporte social, com reflexos no aumento das taxas de mortalidade e morbidade em idosos. As pessoas de classes sociais mais baixas são mais isoladas e aparentam receber menos assistência do que os indivíduos de classes econômicas mais elevadas (KRAUSE; BORAWISK-CLARCK, 1995 apud RAMOS, 2002).

Com relação ao perfil de morbidades, no presente estudo os entrevistados que afirmaram não ter dor crônica tem quase duas vezes mais chance de se sentirem queridos e amados por pessoas próximas comparativamente ao grupo que afirmou ser portador de dor persistente (OR=1,74 [IC_{95%} = 1,01-3,00]). Apesar de não terem sido encontrados artigos com objetivos semelhantes que avaliassem ambas as variáveis para possíveis comparações, autores que analisaram o apoio social e presença de dor persistente obtiveram achados parecidos a essa tese (JAMISON; VIRTS, 1990).

Nos Estados Unidos, Carson et al. (2005) realizaram um interessante estudo clínico prospectivo randomizado, cujo objetivo foi verificar a efetividade terapêutica da meditação focada em pensamentos de amor e bondade - conhecida na tradição budista como

meditação da bondade amorosa - na redução da dor lombar crônica. Após oito semanas de seguimento, o grupo de intervenção que praticou a meditação obteve melhores resultados no alívio da dor crônica comparativamente ao grupo controle, que utilizou outras estratégias de tratamento.

Outras condições de saúde, além da dor, têm sido associadas ao suporte social. Ertel, Glymour e Berkman (2008) identificaram que a perda de memória foi duas vezes maior entre os indivíduos com menor interação social comparados aos mais sociáveis. Da mesma forma, Cohen e colaboradores demonstraram que pessoas retraídas e com poucos amigos são duas vezes mais susceptíveis a contrair resfriados (COHEN et al., 2003a), mesmo estando menos expostas à contaminação. Esta informação chama a atenção já que resfriados são transmitidos pelo contato direto ou indireto com outras pessoas, levando a pensar que, neste caso, a rede social foi um fator de proteção e não de risco. Desta forma, é possível que estes achados se repliquem com outras doenças transmissíveis, entre outras populações ou entre indivíduos de níveis socioeconômicos diferentes? Só será possível responder a estes questionamentos com futuras investigações na área.

Entretanto, considerando evidências científicas internacionais, Broadhead et al. relatam que diversas pesquisas demonstraram que o isolamento social constitui fator de risco à saúde comparável a outros que são comprovadamente nocivos, tais como tabagismo, hipertensão arterial, obesidade e sedentarismo, os quais acarretam grande impacto para saúde pública (BROADHEAD et al., 1983).

6.3 BOM HUMOR: POTENCIAL INDICADOR DE SALUBRIDADE?

No presente estudo, considerando o desfecho secundário bom humor, a variável que apresentou maior associação após análise multivariada foi otimismo e esperança (OR=1,94). Peterson (2000) aponta que pessoas com melhor humor geralmente são mais otimistas por tenderem a explicar eventos negativos como externos à sua pessoa ("*não é minha culpa*"), instáveis ("*não vai acontecer novamente*") e específicos ("*isso se aplica apenas a esse fato*").

Emoções positivas podem estar ligadas ao passado, ao presente ou ao futuro. Otimismo e esperança são afetos ligados ao futuro, tal como alegria e entusiasmo estão vinculados ao presente e realização e orgulho, ao passado. O otimismo e a esperança são virtudes que se constituem como forças inerentes do ser humano. Podem estar presentes em

todas as experiências e vivências, contudo são manifestadas com mais intensidade em períodos de adversidade (SELIGMAN, 2009).

O otimismo e a esperança são traços de personalidade que influenciam na maneira como a pessoa interpreta e percebe a realidade da qual vive. Semelhante ao que os filósofos gregos já diziam, o mundo externo é reflexo da forma como se processam os pensamentos e as emoções no mundo interno de cada pessoa (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007). Assim, como a filosofia, a ciência também tem auxiliado na compreensão de que a relação entre eventos externos e satisfação gerada por estes é pequena (BRICKMAN; COATES; JANOFF-BULMAN, 1978).

É provável que a associação positiva entre humor e otimismo e esperança esteja relacionada com uma característica humana denominada por Frankl (1991) como autodistanciamento. Ou seja, a capacidade de rir ou sorrir apesar das adversidades ou tragédias seria um recurso emocional importante, pois possibilitaria ao homem autodistanciar-se das dificuldades e tornar-se "senhor de si". O autodistanciamento diz respeito à "capacidade do homem de distanciar-se de si próprio" (FRANKL, 1991). Quando o sujeito ri de seus problemas provoca uma distância entre o núcleo do seu "eu" e a situação conflitante. O homem coloca-se "acima de uma situação" para compreendê-la e dominá-la (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008).

Além de associado a sentimentos de otimismo e esperança, o bom humor tem sido relacionado a melhor enfrentamento de situações potencialmente estressantes. Pesquisas tem demonstrado que o riso e o sorriso são estratégias relevantes de autocuidado em saúde para combater o estresse e manter a saúde física e mental (WOOTEN, 1996).

Sabe-se que emoções positivas promovem a saúde por encorajar hábitos mais saudáveis de vida (COHEN et al., 2003b; MYERS; DIENER, 1995). Neste trabalho, o bom humor se manteve associado estatisticamente ao autocuidado em saúde. O mesmo foi verificado com a variável relativa ao lazer, que pode ser classificada como uma faceta essencial dos cuidados em saúde. No presente estudo, pessoas que sorriem com maior frequência se dedicam mais ao lazer diariamente do que os indivíduos que sorriem pouco.

De acordo com a biblioteca virtual em saúde, autocuidado é a realização pelo paciente das atividades normalmente executadas por profissionais de saúde. Inclui cuidados consigo mesmo, família ou amigos (BVS, 2010). As práticas de cuidado da própria saúde devem assegurar a saúde e o bem-estar físico e mental. Para isso é necessário manter uma dieta equilibrada, nível apropriado de atividade física, seguir práticas sexuais seguras, seguir os programas de imunização e realizar exames periódicos (OMS, 2002). Enfim,

autocuidado envolve conhecer e evitar fatores de risco que aumentam a probabilidade de adoecimento e fazer conscientemente escolhas por fatores que promovam maiores níveis de qualidade de vida.

O lazer, na grande parte das vezes, pode ser considerado como um fator de promoção da saúde que deve ser priorizado conjuntamente com o tempo dedicado à família e amigos, trabalho e o descanso. Segundo Csikszentmihalyi (1999) lazer ou tempo livre pode ser considerado como o tempo que sobra das necessidades de produção e manutenção. Segundo a filosofia grega, é durante o lazer que nos tornamos verdadeiramente humanos, dedicando tempo ao nosso desenvolvimento pessoal.

Viver significa experimentar - por meio de atos, sentimentos, pensamentos. A experiência ocorre no tempo. Com o passar dos anos, o conteúdo da experiência determinará o bem-estar. Portanto, uma das decisões mais fundamentais do ser humano é com relação a como seu tempo está sendo utilizado (CSIKSZENTMIHALYI, 1999).

Ao se considerar a questão do lazer na terceira idade, embora vivamos numa sociedade orientada pela produtividade, é necessário aprender a aproveitar o lazer e a ressignificá-lo. Após uma extensa vida de trabalho, o idoso precisa reaprender a descansar e a divertir-se, sem a presença de sentimentos de culpa gerados pela obrigação de ser produtivo e bem-sucedido (MORAIS, 2009).

Gáspari e Schwartz (2005), em estudo realizado em Araras (SP), verificaram que idosos que se dedicavam ao lazer afirmavam que esta prática estimulava emoções positivas como alegria, satisfação, prazer, distração, relação com a natureza e diversão, promovidas em especial pelos vínculos afetivos estabelecidos em grupos sociais de atividades lúdicas. Tal como este, outros trabalhos reforçam a idéia da associação positiva entre bom humor e lazer (SANTOS; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2003; MORAIS, 2009).

Desta forma, aventa-se a hipótese de que a relação positiva do bom humor com autocuidado seja mediada por mecanismos cognitivos: um indivíduo bem humorado tem maior probabilidade de aderir a hábitos que promovam sua saúde, além de ter maior motivação intrínseca, o que o leva a investir ativamente no seu tratamento. Além disso, sabe-se que o bom humor é uma emoção importante para manutenção da rede de suporte social, o qual pode fazer a diferença em momentos de crise e adversidades, como no caso diagnóstico de doenças crônicas ou complicações decorrentes delas.

Quanto às morbidades, a relação entre bom humor e depressão foi inversa e significativa. Como esperado, a presença de sintomas depressivos afeta negativamente o humor, afeto e julgamento auto-avaliativo do indivíduo de tal modo que a percepção de si e

do mundo fica prejudicada, comprometendo de forma generalizada o desempenho de funções relativas à cognição, emoção e comportamento (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

Apesar de algumas investigações indicarem a associação entre depressão e bom humor, faltam estudos de delineamento longitudinal para dar informações mais precisas sobre causalidade desta interação.

6.4 DO MATERIAL AO EXISTENCIAL: RELEVÂNCIA DA DIMENSÃO EMOCIONAL PARA O BEM-ESTAR GLOBAL

A fim de conhecer e analisar a associação das variáveis independentes com as características das pessoas mais satisfeitas e realizadas na amostra estudada foi estabelecida a variável de 'bem-estar emocional'. Apesar do bem-estar emocional não estar apenas vinculado à felicidade, amor e bom humor, pesquisas indicam que estes afetos tem papel de destaque nesta dimensão como também no bem-estar geral (DIENER; LUCAS; OISHI, 2002).

Na presente tese, a cada quatro indivíduos, um está no grupo das pessoas com maior bem-estar emocional, o que pode ser considerada uma baixa frequência (24,9%). Após controle dos fatores de confusão, o maior preditor do bem-estar emocional foi o módulo integração e totalidade (OR=2,71 [IC_{95%}=1,42 - 5,16]), uma das dimensões do WHOQOL religião, espiritualidade e crenças pessoais. Esta faceta vincula-se à ligação, satisfação e equilíbrio entre corpo, mente e alma autopercebida pelo entrevistado.

A reduzida prevalência do bem-estar emocional e sua associação com integração e totalidade pode ser explicada, em parte, pela forma fragmentada e individualista de vida atual, o que tem acarretando uma perspectiva de insatisfação e sofrimento social, seja por necessidades econômicas e materiais ou pelas necessidades existenciais.

O sentimento de totalidade está atrelado à integração do corpo e da mente. Esta relação, conhecida como psicossomática, é um dos temas que vem assumindo progressiva importância na área da saúde na atualidade (MELLO FILHO, 2002), permitindo uma visão sistêmica do processo saúde-doença que remete à Grécia Antiga, com as concepções holísticas de Hipócrates.

Estava implícito nos ensinamentos hipocráticos que tanto saúde como a doença estavam sobre o controle das leis naturais e refletiam a influência exercida pelo meio ambiente e o modo de vida. Consequentemente, a saúde dependia de um estado de equilíbrio

entre vários fatores internos que governavam o corpo e a mente e a harmonia com o ambiente externo (CAIRUS; RIBEIRO JUNIOR, 2005).

Antes ser classificada como uma especialidade médica, a psicossomática reflete um enfoque que concebe o ser humano como tendo uma natureza biopsicossocial, a qual compreende os conceitos mais abrangentes da saúde. A psicossomática - também conhecida como psiconeuroimunologia - pode ser definida, por um lado, como um campo teórico por focar em pesquisas que desvelem o '*por que*' mais do que 'como' as pessoas adoecem e, por outro, como um âmbito de práticas integrais em saúde (BALLONE; ORTOLANI, 2007).

Mello Filho (2002) considera que toda doença é psicossomática, já que incide no ser humano, que é sempre provido de duas dimensões inseparáveis - soma e psique. Todas as doenças orgânicas sofrem inevitavelmente influências da mente de quem as apresenta e os transtornos mentais são traduzidos, em maior ou menor proporção, em processos bioquímicos. Nesta perspectiva, as emoções afetam e são afetadas direta e indiretamente pelo biológico, numa via de interrelação dependente, mediados por meio dos sistemas psicológico, neurológico e imunológico.

Entre os transtornos psicofisiológicos, a dor crônica é considerada uma doença fortemente relacionada com variáveis emocionais (BALLONE; ORTOLANI, 2007). Neste estudo, pessoas que afirmaram não serem portadoras de dor crônica tem mais do dobro de chance de alcançar o bem-estar emocional (felicidade, amor e bom humor) quando comparadas ao grupo de referência.

A associação inversamente positiva entre presença de dor persistente e bem-estar emocional indica duas situações relevantes. Primeiramente, considerando que esta dimensão do bem-estar vincula-se às emoções e que a dor é classificada como uma patologia eminentemente física, os resultados reforçam a integração complexa existente entre corpo e mente, entre biológico e psicológico. Tal perspectiva supera o paradigma hegemônico da simplificação característico da ciência moderna (ALVARENGA; SOMMERMAN; ALVAREZ, 2005) e o modelo biomédico (CAPRA, 2006), cujo enfoque é de fragmentação e separação do sujeito do objeto, do subjetivo do objetivo, do físico do emocional, do espiritual do humano.

A outra questão refere-se ao fato de que, nesta tese, a dor crônica se mostrou um importante marcador de baixa qualidade de vida entre os entrevistados, como já verificado em outros estudos (PHILLIPS, 2003; CUNHA; MAYRINK, 2011). No Brasil, estima-se que mais de 50 milhões de pessoas apresentem algum tipo de dor (SILVA; FASSA; VALLE,

2004), contudo políticas de saúde para prevenção e manejo das dores crônicas são delimitadas somente na dispensação de analgésicos simples e opióides para dores oncológicas, que representam 30 a 40% do total de casos de dores persistentes (BRASIL, 2002b).

Apesar da dor crônica ser um sério problema de saúde pública, no Brasil ainda são poucos estudos de sua prevalência em inquéritos populacionais. Esta situação dificulta a gestão e planejamento de políticas públicas voltadas para a implementação de programas, a criação de serviços, alocação e sensibilização de recursos humanos e materiais visando o controle da dor persistente na população em geral (DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007).

Outra variável vinculada à saúde que permaneceu estatisticamente significativa com o bem-estar emocional após análise multivariada foi o autocuidado. Como abordado anteriormente, imagina-se que as emoções positivas atuam no comportamento por meio de suas propriedades motivacionais, estimulando condutas saudáveis, ou seja, a responsabilização do indivíduo com relação à própria saúde.

Este resultado chama a atenção já que, segundo documento do Ministério da Saúde para controle das DCNT, o autocuidado deve ocupar lugar de destaque nas políticas de saúde. Estas diretrizes reforçam a necessidade do cuidado integral das DCNT por intermédio do fortalecimento da promoção da saúde, da elaboração de estratégias de prevenção e da melhoria da capacidade de mobilização social para o autocuidado (BRASIL, 2007).

Para que a autogestão do cuidado seja efetiva, as políticas e serviços de saúde necessitam implementar e ofertar programas de autocuidado a fim de empoderar as pessoas e coletividades para o gerenciamento de risco e estímulo de fatores de promoção e prevenção, na perspectiva de pró-atividade e mudança de comportamentos que afetam a saúde (MENDES, 2007).

Pesquisas que visem identificar fatores associados ao autocuidado, seja como desfecho ou exposição, são fundamentais para que seja possível compreender melhor os mecanismos e estratégias possíveis para efetivar programas de intervenção com a população e de educação permanente com os profissionais da saúde.

Quanto aos fatores socioeconômicos, nesta tese, a renda se manteve significativa ao desfecho conjugado de felicidade, amor e bom humor. A correlação da situação financeira com as emoções positivas, em especial, com a felicidade, tem sido objeto de estudo de diversos pesquisadores principalmente dos Estados Unidos e Europa (DIENER; BISWAS-DIENER, 2002). O questionamento que tem motivado tais investigações se debruça sobre: *Dinheiro traz felicidade ou maior bem-estar emocional?*

Diferentes investigações apontam para uma associação positiva entre renda e afetos agradáveis (CORBI; MENEZES FILHO, 2006). Contudo, a maior parte delas é de delineamento seccional de tal modo que, além das correlações verificadas não estabelecem direção de causalidade, também não levam em consideração a possibilidade de que as relações entre as variáveis possam variar ao longo do tempo.

Sabe-se que indivíduos que apresentam melhores níveis de renda, em geral, tem mais oportunidades de alcançar o que desejam, ou seja, eles podem adquirir mais bens materiais e serviços. Assim, se por um lado pesquisas tem evidenciado que o reduzido acesso aos recursos básicos - como moradia, trabalho, educação, alimentação e água potável - diminuem significativamente o patamar de bem-estar emocional da população, por outro, o seu aumento não acrescenta no sentido de vida ou gera índices mais elevados de autorrealização e satisfação (CORBI; MENEZES FILHO, 2006).

Considerando que a cada 10 famílias matinhenses, três tem renda inferior a R\$ 600,00 reais mensais, supõe-se que parcela da população analisada não tem condições dignas de vida, que acabam por refletir negativamente na dimensão emocional dos indivíduos, a ponto de estabelecer a relação independente e positiva entre as variáveis.

Quanto aos fatores do WHOQOL religião, espiritualidade e crenças pessoais, além da integração e totalidade e paz interior, outras facetas se mostraram associadas ao bem-estar emocional como o sentido de vida. Tais variáveis devem ser consideradas como dimensões espirituais e existenciais do bem-estar, já que segundo Panzini et al. (2007), o conceito de espiritualidade é considerado "como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar a ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade."

Para melhor entendimento destes achados relativos ao significado da vida, é necessário ressaltar e enaltecer o referencial teórico construído por Viktor Emil Frankl, psiquiatra e psicoterapeuta austríaco (1905-1997), que propôs como tema central do seu trabalho a compreensão do ser humano a partir do sentido de vida (ROEHE, 2005).

Frankl partiu da própria história de sofrimento vivenciada entre 1942 e 1945 em campos de concentração nazista e fundou a logoterapia. A logoterapia tem sua origem na palavra grega *logos* que significa sentido e se baseia na busca de significados para a existência humana. Em inúmeras publicações, ao se referir à experiência de angústia e desespero vivida em Auschwitz, Frankl cita Nietzsche ao colocar que '*quem tem por que viver, suporta qualquer como*' (ROEHE, 2005).

Quando a pessoa encontra sentidos para vida, dor e sofrimento realiza-se plenamente como ser humano, desenvolvendo suas potencialidades e habilidades cognitivas, afetivas e comportamentais, em processo de devir em prol da sua missão diante da vida (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008; SOMMERHALDER, 2010).

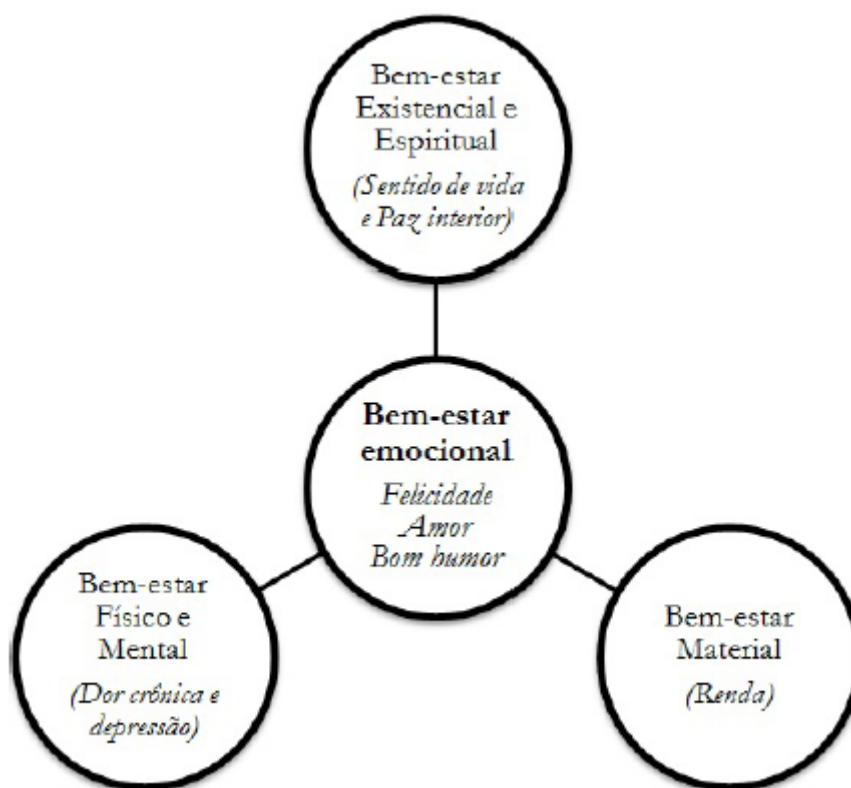
Segundo Frankl, a realização pessoal e o bem-estar seriam consequência, e não causa, de uma vida rica em sentido (FRANKL, 1991). Desta maneira, pessoas com propósito de vida e objetivos para estarem no mundo tenderiam a ser mais felizes e teriam relacionamentos mais significativos com pessoas próximas.

Com relação ao processo saúde-doença, Frankl destaca que a falta de sentido para a vida pode desencadear ansiedade, depressão e declínio físico (FRANKL, 1991). Assim, os pressupostos existenciais podem ser especialmente úteis e relevantes para a terceira idade, já que esta etapa singular da vida exige adaptações às perdas, sejam elas biológicas, emocionais, sociais, laborais ou relacionais.

Ainda com relação ao WHOQOL religião, espiritualidade e crenças pessoais, um resultado que chamou a atenção foi variável força espiritual interior se associar significativa e inversamente ao bem-estar emocional, após análise multivariada. Ou seja, se perceber forte espiritualmente esteve associado à menores níveis de bem-estar emocional. Tal constatação vai ao encontro de ditos populares, filosóficos e religiosos que colocam que são nos momentos de conflitos e adversidades que se manifesta a força interior existente em todos os seres humanos. Tal como relatava Sêneca "A árvore torna-se sólida com o vento", Nietzsche "O que não provoca minha morte faz com que eu fique mais forte" e mais recentemente Rubem Alves com o livro "Ostra feliz não faz pérola", as dificuldades e as crises despertam o processo de devir dos seres humanos no caminho da resiliência e aprimoramento.

Assim, expostas as associações positivas entre bem-estar emocional com as outras variáveis, percebe-se que o bem-estar emocional se mostra uma importante dimensão da qualidade de vida geral, pois congrega e se interrelaciona tanto com o bem-estar físico e mental, como também com o material, existencial e espiritual (Figura 10).

Figura 10 – Modelo sintético da relação entre as dimensões física, mental, material, existencial e espiritual com o bem-estar emocional de adultos e idosos residentes em Matinhos, PR.



6.5 ' ANOS À VIDA' E ' VIDA AOS ANOS' - CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA PERSPECTIVA POSITIVA PARA A SAÚDE COLETIVA

"*Não basta adicionar anos à vida, mas também vida aos anos*". Em 1974, Lalonde, o ministro da saúde do Canadá da época, publicou esta conhecida sentença no informe *A new perspective on the Health of Canadians*, ao enfatizar que a saúde deveria extrapolar sua concepção reducionista e hospitalocêntrica para ser classificada em quatro elementos gerais: biologia, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde (LALONDE, 1981).

Passados quase 30 anos da publicação da Carta de Ottawa, atualmente o mundo se vê as voltas com o mesmo desafio: *Como acrescentar qualidade aos anos acrescidos com o aumento da longevidade? Como possibilitar que indivíduos e coletividades realizem efetivamente seus potenciais de saúde em todos os ciclos da vida? Como oportunizar de forma equânime patamares mais elevados de bem-estar à população?*

Csikszentmihalyi (1999) lembra que embora sejamos mais saudáveis, tenhamos expectativa de vida muito maior, vivamos cercados de mais conforto e tecnologia e tenhamos avançado com intensidade no conhecimento científico, não sabemos muito mais sobre como viver melhor se nos compararmos aos gregos de 2.400 anos atrás.

Ao contrário, é fato que passamos por intensa crise ética, social, política, econômica, ambiental e sanitária, em que famílias são desafiadas cotidianamente a enfrentar situações adversas e extremas como depressão, suicídio, violência doméstica e urbana, sofrimento psíquico, desemprego, corrupção, desastres ambientais, entre tantas outras circunstâncias impostas durante a nossa trajetória de vida.

Vivemos numa sociedade individualista, competitiva e consumista que superestima a juventude, a beleza física e os bens materiais, o que gera, em grande parte dos que desviam do padrão de *'normalidade'*, baixa autoestima e sentimentos negativos como insegurança, ansiedade, fobias e angústia.

Neste contexto, torna-se imprescindível e urgente a discussão sobre quais caminhos nos levam a uma perspectiva de desenvolvimento social e humano saudável, no sentido não apenas de contornar e administrar as fragilidades deste processo, mas efetivamente de florescer as potencialidades latentes individuais e coletivas. Em outras palavras, a questão não é só melhorar o que está ruim, mas também despertar para o que é bom.

Segundo Seligman (2011), no âmbito psicossocial do desenvolvimento humano, o *'despertar para o que é bom'* diz respeito ao que recentemente vem sendo chamado de florescimento, que consiste em cultivar emoções positivas - como felicidade, amor, bom humor, resiliência, entre outras -, estimular o engajamento e envolvimento com a vida cotidiana, encontrar um sentido para a vida, vivenciar relacionamentos positivos profundos e buscar autorrealização (SELIGMAN, 2011).

Da mesma forma que, pela ótica da epidemiologia acerca do desenvolvimento humano positivo, o *'despertar para o que é bom'* pode ser compreendido como a necessidade de superar a hegemonia da identificação e análise dos fatores de risco e buscar quais e como os fatores de proteção e promoção da saúde coexistem com os de risco e se manifestam no processo saúde-doença. Assim, que fatores, quais contextos, que condições fazem com que torne realmente possível acrescentar anos à vida e vida com saúde aos anos?

Ayres (2002) auxilia na elucidação da questão ao bem colocar que *"... não faz sentido reclamar por uma epidemiologia sem números ou sem risco, mas há que se buscar categorias que permitam fazer dialogar os seus achados com outras construções conceituais*

" (AYRES, 2002). Deste modo, na perspectiva de construir conhecimentos interdisciplinares e humanizar a ciência e práticas no campo da saúde coletiva, é de fundamental importância a integração da epidemiologia, ciências sociais e políticas públicas a fim de tornar factível a implantação das ideias e idéias propostas pela Carta de Ottawa, na década de 80.

Percebe-se, a partir dos resultados desta pesquisa e de outros estudos realizados na última década, que as dimensões psicossociais, existenciais e espirituais do bem-estar despontam como relevantes contribuições para conduzir os caminhos ainda pouco conhecidos do que seria ampliar a vida e saúde dos anos advindos com o aumento da longevidade.

Como síntese dos resultados e reflexões desta tese, foi possível identificar três tipos de contribuições e desafios de naturezas distintas, porém complementares, que a perspectiva positiva pode agregar e adicionar para a área da saúde coletiva: (1) concepção epistemológica do objeto saúde; (2) prática clínica; (3) políticas públicas.

6.5.1 Contribuições e Desafios para a Epidemiologia na Concepção Epistemológica do Objeto Saúde

A falta de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido aponta para dificuldades do paradigma científico dominante em compreender e abordar a saúde positivamente (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002). Segundo Paim e Almeida Filho (1998), a '*crise da saúde*' traz amplos desafios para o campo da saúde coletiva e estimula a integração e articulação de novos paradigmas, tendo como maior desafio epistemológico a reconceitualização da '*saúde*' no seu sentido complexo, totalizado, dinâmico e não-linear.

As dúvidas acerca da questão pairam, segundo Almeida Filho (2011), em "*como avançar em direção a uma concepção integrada de saúde, contemplando a historicidade do conceito e sua aplicabilidade como noção capaz de subsidiar processos de transformação das situações e condições de saúde?*" (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 12).

Mediante as análises realizadas nesta pesquisa, fica evidente que mais do que contribuições, a perspectiva positiva da saúde, como novo fundamento teórico, tem diferentes impasses que precisam ser superados para que a epidemiologia da saúde, enquanto ciência e prática, seja realidade no modelo de assistência à saúde brasileiro.

A primeira questão que surge ao se pensar em pesquisas com desfechos positivos em saúde se circunscreve em: É possível avaliar objetos subjetivos, como a felicidade e o amor, na epidemiologia? Ou será que os questionamentos deveriam perpassar

por: Será que os objetos são a *priori* eminentemente objetivos ou subjetivos? Ou depende a posteriori da percepção, da intencionalidade e racionalização de quem observa, a partir das lentes do paradigma científico e médico vigente?

Segundo Giannetti (2002), a dimensão subjetiva consiste na experiência interna de cada indivíduo, isto é, tudo aquilo que passa na mente de forma espontânea, que sente e pensa sobre a vida que tem levado.

Inúmeras pesquisas internacionais tem demonstrado que apesar da singularidade das emoções vivenciadas pelos seres humanos, de uma forma geral, as dimensões subjetivas dos afetos positivos são objetiváveis, a ponto de serem mensuráveis e generalizáveis, já que a natureza das respostas varia pouco possibilitando, assim, comparações entre indivíduos e grupos sociais (VEENHOVEN, 1997).

Quanto à compreensão do que é saúde positiva, os desafios se circunscrevem em elaborar construtos interdisciplinares de intersecção dos conceitos de qualidade de vida, bem-estar, saúde e felicidade. Ou seja, o que é saúde, qualidade de vida, bem-estar e felicidade? Como esses conceitos se interrelacionam e se diferenciam em determinado grupo e cultura? Que conhecimentos são necessários para possibilitar uma construção teórica e metodológica que não simplifique a complexidade dos objetos em estudo?

Não obstante o interesse cada vez maior de pesquisadores sobre a qualidade de vida, seu significado ainda é bastante impreciso, não consensual e fundamentado em vários modelos epistemológicos, o que traz limitações para o seu uso tanto na prática clínica como em pesquisa (LIMA; FLECK, 2009).

Na literatura científica, a qualidade de vida e desenvolvimento humano são considerados conceitos mais abrangentes que a felicidade e bem-estar, sendo que em algumas situações, tais definições se tornam intercambiáveis (BEKHET; ZAUSZNIIEWSKI; NAKHLA, 2008; ALKIRE, 2010). Além disso, reconhece-se que estudos de base epidemiológica sobre felicidade e bem-estar são uma das vertentes que convergiram para o desenvolvimento de conceito de qualidade de vida (PANZINI et al., 2007).

Entretanto, de acordo com Almeida Filho (2000b), mesmo as estimativas de qualidade de vida relativa à saúde, consideradas proposições científicas mais atuais e sofisticadas, não passam de medidas de morbi-mortalidade (ALMEIDA FILHO, 2000b).

Com relação à saúde, recentemente e diferentemente do conceito estático da Organização Mundial da Saúde, esta vem sendo considerada como a capacidade resiliente de auto-organizar a vida e superar os obstáculos (MINAYO, 2010). Esta definição se assemelha

à publicada por Huber et al. (2011), que diz que saúde é a capacidade de adaptação e autogestão em face aos desafios sociais, físicos e emocionais.

Vale lembrar que, já em 1986, a Carta de Ottawa trazia a concepção de que "*a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas*" (OPAS, 1986).

Dadas as informações expostas acima, fica claro que mais que respostas, existem muitas perguntas e questionamentos acerca da abordagem positiva no campo da saúde coletiva. Desta forma, para ocorrerem avanços teóricos e metodológicos, é imprescindível que haja interesse político e técnico na valorização, fomento e investimento de pesquisas no campo da epidemiologia da saúde que abranjam indicadores positivos de saúde, indicadores de salubridade, fatores de proteção e promoção da saúde.

Outrossim, mostra-se pertinente a inserção da reflexão crítica da perspectiva positiva da saúde na formação dos profissionais de saúde, incluindo estudantes de cursos técnicos até pós-graduação stricto sensu, docentes, gestores e equipes de saúde - em especial da atenção primária.

Importante destacar que os achados da presente investigação corroboram e reiteram os desafios epistemológicos aqui apresentados. Apesar de pouco se conhecer a respeito da ótica positiva da saúde, os entrevistados, ao serem questionados sobre que palavras lhe viam a mente quando se lembravam de felicidade', a expressão mais citada foi 'saúde'. Logo, fica claro que a despeito da incompreensão científica mais aprofundada sobre o tema, a relação entre felicidade e *saúde* na prática é conhecida e valorizada pela população matinhense.

Vilosio (2008) enfatiza que mesmo sem contornar os problemas metodológicos, as pesquisas que analisam a relação entre saúde e emoções positivas representam uma contribuição expressiva, pois são fenômenos importantes tanto para quem trabalha a questão da saúde a partir da visão social e política como para a prática clínica.

6.5.2 Contribuições e Desafios para a Prática Clínica

Imagine tal situação - O que será que os usuários do Sistema Único de Saúde achariam se, ao procurar a Unidade Saúde da Família do seu bairro, a equipe de enfermagem, a farmacêutica ou o médico lhes perguntasse: Qual a frequência com que você sorri no seu dia-a-dia? Você se sente amado por seus familiares e amigos? Você acredita em

Deus ou algo superior? Você encontra um sentido para a sua vida? Você se considera uma pessoa feliz? Se não bastasse, após a anamnese recomendaria ao paciente, além das consagradas orientações como ingerir dois litros água e praticar atividade física, rir mais com os amigos e investir mais tempo nas coisas que lhe fazem sentir pleno e vivo.

A princípio, os usuários e a própria equipe de saúde poderiam estranhar e se surpreender com comportamento pouco comum e frequente destes profissionais, mas não demoraria muito para que entendessem suas razões: tanto esta pesquisa como outros estudos, principalmente internacionais, vem apontando para os benefícios das emoções positivas no processo saúde-doença, portanto, com potenciais implicações para a prática clínica.

Entretanto, apesar do crescimento exponencial internacional de pesquisas e publicações na área da epidemiologia da saúde, muito pouco se avançou no desenvolvimento de investigações que objetivem avaliar os possíveis impactos destas implicações na prática diária de tomada de decisão de profissionais da saúde para controle e/ou resolução dos problemas apresentados pelo usuário.

Entre as contribuições da abordagem positiva na prática clínica das equipes de saúde, tanto no âmbito das doenças crônicas como também nas doenças transmissíveis, se destacam:

- ✓ Contribuições para o usuário e família
 - Impactar positivamente a saúde do indivíduo e grupos sociais que ele compõe por meio de estímulo de ações de autocuidado biopsicossocial e afetivo;
 - Melhorar o enfrentamento do usuário e família diante das vulnerabilidades advindas da doença e morte;

- ✓ Contribuição para o processo de trabalho das equipes de saúde
 - Promover melhor compreensão por parte dos membros da equipe de saúde acerca das relações entre fatores subjetivos e objetivos, de risco e de proteção, determinantes contextuais, estilos de vida, valores e crenças que estão influenciando no processo saúde-doença do indivíduo e grupos sociais do qual ele compõe;
 - Facilitar a escuta ativa, comunicação efetiva, vínculo e sentimento de empatia entre equipe de saúde e usuário e família (GÓMEZ et al., 2005);

Na presente investigação verificou-se que o bem-estar emocional - variável conjugada da autopercepção da felicidade, amor e bom humor - está associado diretamente às dimensões material, existencial e espiritual e inversamente com o bem-estar físico, mensurado a partir da dor crônica e mental, avaliado por meio da depressão.

Estes resultados podem ser úteis e proveitosos para a prática clínica, já que possibilita ao profissional de saúde focalizar, no momento da consulta, questões que até então eram negligenciadas por insuficiência de informação e conhecimento. Esse enfoque positivo, além de promover melhor compreensão da singularidade do problema de saúde indicado pelo paciente, também pode apoiar e sustentar a tomada de decisão durante a anamnese, o diagnóstico e a intervenção terapêutica.

Outro aspecto interessante é que os achados deste trabalho apontam para a importância, por parte das equipes - principalmente da rede básica de saúde -, de estimular ações de autocuidado na população em geral que suplantem a dimensão estritamente biológica e 'higiénica' do cuidado e acabem por envolver e valorizar positivamente seus aspectos emocionais, afetivos, sociais e espirituais.

Aconselhar, por exemplo, que o paciente sorria genuinamente mais; mantenha relacionamentos emocionalmente saudáveis com familiares e amigos próximos; reflita sobre sua satisfação com a vida; participe de grupos sociais diversificados; busque significados para sua vida, dor e sofrimento; enfim, são indicações simples e fáceis com potencial de ampliar a saúde e bem-estar de indivíduos e coletividades.

De acordo com a revisão de literatura realizada por Peres et al. (2007) sobre comportamento religioso na prática clínica, nos Estados Unidos, 73% dos entrevistados afirmaram que devem compartilhar suas crenças religiosas com o médico e 66% demonstraram interesse de que o médico pergunte sobre sua espiritualidade. Contudo, somente 10% a 20% relataram que os médicos discutiram a espiritualidade com eles (LARSON; KOENIG, 2000 apud PERES et al., 2007).

Mesmo com evidências científicas indicando que o impacto positivo da prática religiosa na saúde chega a ser comparado com o abandono do tabagismo e até mesmo com o aumento de sete a quatorze anos na expectativa de vida (NEUMANN; PEEPLES, 2001 apud PERES et al., 2007), a utilização e manejo destas informações no âmbito clínico brasileiro é praticamente inexistente.

Logo, tão pertinente quanto no item que aborda as questões epistemológicas do conceito de saúde acima descritas, a formação integral dos profissionais da saúde aqui também se mostra uma estratégia imprescindível e primordial para que se torne admissível a

incorporação do paradigma biopsicossocial ao flexneriano, tanto na teoria quanto nas práticas presentes nos serviços públicos de saúde.

A inserção da abordagem biopsicossocial, que introduz a investigação de afetos positivos, valores e crenças espirituais/religiosas na prática clínica, como toda estratégia apresenta pontos positivos como também pontos potencialmente negativos.

Como potencialidades, a presença de emoções positivas vem sendo classificadas como terapias complementares e alternativas (GÓMEZ et al., 2005) - como, por exemplo, a terapia do riso, também conhecida como risoterapia ou geloterapia, baseada no impacto positivo do bom humor para a saúde -, cujos benefícios giram em torno de serem acessíveis, baratos, efetivos, sem efeitos colaterais (BENNETT, 2003; GÓMEZ et al., 2005) e de fácil avaliação para as equipes de saúde (PITT; DELDIN, 2010; DAVIDSON; MOSTOFISKY; WHANG, 2010).

De acordo com Davidson, Mostofsky e Whang (2010) e Pitt e Deldin (2010), identificar a presença de afetos positivos pode ser facilmente analisada por meio de observação no momento da entrevista clínica, por exemplo, ao se atentar sobre o bom humor do paciente e se este relata momentos de prazer e realização em aspectos da sua vida cotidiana.

Contudo, os autores colocam que a avaliação das emoções positivas e fatores de proteção não são estratégias mais importantes que a análise dos fatores de risco (PITT; DELDIN, 2010; DAVIDSON; MOSTOFISKY; WHANG, 2010) e, portanto, a perspectiva não pode ser de substituição e sim de integração, permitindo a melhora da qualidade da realização e eficácia das intervenções.

Adicionalmente, vale ressaltar que abordagem positiva pode ser favorável não apenas à porcentagem da população que já apresenta eventos mórbidos, mas também a indivíduos considerados saudáveis, num sentido efetivo de proteção e promoção da saúde.

Com relação ao ponto potencialmente negativo, os profissionais da saúde, ao questionarem aspectos da vida emocional e afetiva do paciente, devem tomar cuidado para não invadir sua privacidade, além de respeitar seus valores e crenças, mesmo que sejam culturalmente, espiritualmente e eticamente diferentes das concepções dos membros da equipe de saúde. Por exemplo, o médico e outros profissionais devem evitar impor sua prática religiosa ao usuário, sob o risco de prejudicar a relação profissional-paciente (PERES et al., 2007).

Porém, cabe aqui apontar para a necessidade de olhar crítico sobre os desafios da prática clínica com relação às emoções positivas. Considerando o papel do risco

no discurso da promoção da saúde e sua relação com a noção de estilo de vida, tem-se a preocupação em não normatizar racionalmente condutas individuais por meio de orientações reducionistas, prescritivas e autoritárias que, por um lado, culpabilizam os sujeitos e por outro, eximem o papel do Estado neoliberal em garantir condições propícias para que as pessoas possam realizar seus potenciais de saúde (CASTIEL; VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011).

Segundo Lopes (2011), estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças não podem ser focadas exclusivamente na ideia de que ao disponibilizar informação já seria o suficiente para dar aos indivíduos poder de mudar seus estilos de vida. O processo racional é necessário, mas não suficiente para que ocorram transformações nos hábitos de saúde. Como destacam Castiel, Valero e Vasconcellos-Silva (2011), o pensamento e a prática na área da saúde precisam incorporar aspectos não racionais.

6.5.3 Contribuições e Desafios para as Políticas Públicas

Sem dúvida nenhuma, avaliar e elencar os desafios e contribuições da abordagem positiva para as políticas públicas, especialmente diante da escassez de pesquisas sobre o tema, é uma tarefa necessária nesta tese, porém complexa e tortuosa.

Sabe-se que a meta principal das políticas públicas é ampliar o bem-estar para um número maior de indivíduos (VEENHOVEN, 1997; EASTERLIN, 2003). Contudo, questionamentos como '*E possível aumentar efetiva e permanentemente o bem-estar da população?*' ou '*Como fazer política pública de algo subjetivo como a felicidade?*' estão presentes ao se debater sobre o tema, o que suscita intensas discussões seja entre pesquisadores da área da economia, sociologia ou saúde, seja entre gestores e formuladores de políticas públicas.

No contexto brasileiro recentemente este assunto veio à tona com a '*PEC da felicidade*', o que reflete em certa medida o interesse em encontrar respostas para as perguntas supracitadas. Não apenas o Brasil, mas também outros países tanto orientais como ocidentais, tais como Butão e França, tem se dedicado para compreender melhor como as políticas sociais podem cumprir seu papel mais nobre, ou seja, garantir vida com saúde e dignidade aos anos acrescidos pelo aumento da longevidade para a população como um todo.

Se é difícil responder '*E possível aumentar efetiva e permanentemente o bem-estar da população?*', quem sabe esta discussão se torne mais produtiva se inverter a lógica de análise com questões como '*Entre os países com maiores índices de felicidade, que*

políticas públicas foram implementadas e como elas operam? ou *‘Por que os países escandinavos tem as populações com maiores níveis de satisfação com a vida do mundo?’*.

Segundo *World Database of Happiness*, em 2009, o nível médio de felicidade da população dinamarquesa estava 8,3, numa variação de 0 a 10, o que classificou a Dinamarca como um dos países mais felizes do mundo, já no Brasil este índice foi de 7,5 (VEENHOVEN, 2011).

Ao consultar informações sobre os países escandinavos, identifica-se nitidamente que bem-estar e saúde são temas prioritários e são tratados de forma intersetorial e transversal na agenda dos políticos e gestores, o que reverte em resultados positivos em termos socioeconômicos, ambientais e de qualidade de vida.

De acordo com dados oficiais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o índice de desenvolvimento humano dinamarquês - indicador conjugado que avalia saúde, renda e educação - é 0,87, considerado muito elevado (PNUD, 2010). Este país apresenta o menor nível de desigualdade de renda e de corrupção do mundo, além de estar em segundo lugar em termos de paz e segurança.

Apesar de ter uma das maiores taxas de impostos da Europa - 50 a 70% da renda - o Estado dinamarquês proporciona à sua população políticas de educação eficazes e inovadoras, altas taxas de empregabilidade com jornada de trabalho de 37 horas semanais, um ano de licença maternidade e acesso universal, gratuito e equitativo aos serviços de saúde (DENMARK, 2011).

A despeito das singularidades e diferenças históricas, socioeconômicas, geográficas, culturais e governamentais entre Brasil e Dinamarca, percebe-se que existem questões que são universais e semelhantes, seja em termos locais como globais, ao se pensar em fatores objetivos capazes de propiciar o aumento do bem-estar subjetivo dos seres humanos, a citar: saúde, educação, segurança pública, renda, trabalho, entre outras.

Inclusive neste estudo, realizado no litoral paranaense, tal fato pode ser verificado por meio das respostas obtidas da pergunta *‘Cite 3 palavras que lhes vêm à lembrança em relação à felicidade e depois enumere da mais para menos importante’*. Mesmo com limitações metodológicas, as expressões dadas pelos entrevistados elencaram *‘saúde’, ‘paz’, ‘dinheiro’, ‘trabalho’, ‘moradia’,* ou seja, questões mensuráveis e passíveis de intervenção.

Neste contexto, o papel do Estado, ao considerar que felicidade e bem-estar são essencialmente as justificativas últimas de toda e qualquer política pública, deve estar

focado na responsabilização e garantia da promoção de um desenvolvimento holístico que harmonize as aspirações e necessidades individuais com as coletivas.

Para que tal situação seja factível, são imprescindíveis estudos quali-quantitativos que identifiquem indicadores de saúde, bem-estar e felicidade para além das informações económicas e de morbi-mortalidade. Tais resultados são fundamentais para a alocação de recursos e formulação, implementação, avaliação e monitoramento de políticas e projetos públicos, tanto em nível nacional como local.

Contudo, é necessária precaução na utilização dos resultados de investigações para a aplicação nas políticas de saúde, já que não se pode prever com certeza que ao melhorar e aprimorar tais políticas tornará as pessoas mais satisfeitas com a vida, considerando a subjetividade do construto (GRAHAM, 2008; ALKIRE, 2010).

Adicionalmente, recomenda-se cautela e cuidado no uso de informações subjetivas para nortear decisões políticas. Vamos aventar duas situações, envolvendo dois municípios fictícios A e B. O município A tem como indicadores: mortalidade infantil de 63 mortes/1000 nascidos vivos, a taxa de analfabetismo de 29% e a renda familiar mensal média de um salário mínimo. Já o município B apresenta nove mortes de crianças menores de um ano para cada 1000 que nascem vivas, 7% de pessoas são consideradas analfabetas e a média de renda mensal por família é de dois salários mínimos.

Porém, ao serem questionados sobre autopercepção de saúde e felicidade, uma porcentagem maior de pessoas do município A relatam que se sentem saudáveis e satisfeitos com a vida que levam comparativamente aos indivíduos do município B. Desta maneira, qual município é mais carente? Qual localidade necessita melhorar, em maior proporção, a quantidade e qualidade de bens e serviços? Qual comunidade precisa de maior suporte político?

Caso somente fosse avaliada a questão subjetiva - autopercepção de saúde e felicidade - na situação acima suposta, provavelmente, que forma equivocada, fosse dada mais atenção ao município B, destinando assim maior montante orçamentário, contratação de recursos humanos e investimentos em saúde.

Como pano de fundo desse caso, a alta expectativa e criticidade frente à eficiência, eficácia e efetividade das políticas públicas, o maior nível de escolaridade e renda pode justificar os motivos que fazem os indivíduos do município B se julgarem mais doentes ou infelizes.

Frente a complexidade dos problemas e das respectivas soluções almejadas, a questão acima explicitada deixa claro que tanto indicadores objetivos como subjetivos,

permeados pela análise dos contextos - sejam eles ambientais, sociais, econômicos, saúde ou de satisfação com a vida - são necessários e importantes para apontar áreas prioritárias de intervenções públicas futuras.

Como citam Stiglitz, Sen e Fitoussi (2009)

[...] isso significa trabalhar na direção do desenvolvimento de um sistema estatístico que complemente as medidas da atividade do mercado por medidas centradas no bem-estar da população, e também por medidas que capturem a sustentabilidade. Tal sistema precisa ser plural, porque pelo fato de que nenhuma única medida pode sumarizar algo tão complexo como o bem-estar da sociedade, nosso sistema de mensuração precisa abranger uma gama de diferentes medida (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009, p. 12).

Segundo o relatório francês publicado pela Comissão para Medição do Progresso Econômico e Social, os sistemas estatísticos, não podem ser sustentados apenas em iniciativas isoladas de pesquisadores e prestadores de serviço. Os sistemas nacionais de informação devem contemplar na mesma medida indicadores objetivos e subjetivos e rapidamente incorporar informações sobre o bem-estar subjetivo e outras dimensões, como a religiosa, a fim de que se amplie o potencial de ação pública como política efetiva de Estado, com maior valor social e melhor custo-benefício (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009).

Transpondo essa discussão para o contexto sanitário brasileiro atual, a abordagem conceitual apresentada se mostra muito pertinente e relevante quando se pensa em estratégias tão caras ao Sistema Único de Saúde, como Saúde da Família, Vigilância em Saúde, Políticas e Municípios Saudáveis.

Por exemplo, é possível supor a admissão e inclusão de perguntas tais como àquelas citadas no tópico anterior - *Qual a frequência com que você sorri no seu dia-a-dia? Você se sente amado por seus familiares e amigos? Você acredita em Deus ou algo superior? Você encontra um sentido para a sua vida? Você se considera uma pessoa feliz?* - no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)? É possível coletar informações desta natureza no cadastramento da população adscrita a uma equipe saúde da família? Ou, é possível pensar em educação permanente em saúde dos profissionais que atuam na ESF, com enfoque na abordagem positiva, para potencializar a resolutividade das ações em saúde na comunidade?

Neste momento, tão importante quanto conseguir responder coerentemente a estes questionamentos, é iniciar processos críticos e fundamentados de discussão deste tema nas universidades, serviços de saúde e comunidade, pois afinal de contas perguntas como: 'O

que efetivamente conta para o bem-estar de um grupo social? devem pautar e nortear constantemente nosso trabalho.

No anseio de buscar respostas à questão posta, no presente estudo, entre os aspectos analisados, os fatores '*dor crônica*' e '*depressão*' se mantiveram associados inversamente ao desfecho conjugado de felicidade, amor e bom humor, o que aponta que estas patologias atuam como marcadores relevantes de baixa qualidade de vida, ao passo que valores, crenças religiosas e renda - questões vinculadas às dimensões espirituais, existenciais e materiais - se mostraram como significativos indicadores positivos de bem-estar emocional.

Independente do nexo causal entre as variáveis, tais resultados podem auxiliar a compreender melhor como se dá a relação entre emoções e doenças crônicas e quais os potenciais impactos que podem advir dessas interações. A partir de indicadores mensuráveis, sejam positivos como negativos, é possível prover informações e nortear ações para a construção de políticas de saúde mais efetivas, com enfoque nas políticas de saúde mental e de manejo de dor crônica.

Tal como foi verificado neste estudo, deve-se destacar que o impacto tanto da dor crônica como da depressão no bem-estar dos doentes é considerável e superior ao provocado por muitas outras patologias crônicas, principalmente pelo sofrimento que acarreta e pelas limitações que impõe em múltiplas atividades do dia-a-dia das pessoas.

Apesar de inquestionável relevância, atualmente, no Brasil, o foco dado às políticas de saúde mental e manejo da dor crônica dentro dos serviços de saúde se circunscreve primordialmente na prevenção secundária e terciária. Ou seja, amparados pelo princípio da equidade - dar maior prioridade para àquele que precisa mais -, as ações em saúde se concentram naqueles indivíduos que já apresentam essas enfermidades, cujas práticas são caracterizadas por gerenciar tais doenças crônicas, com medidas destinadas ao diagnóstico e tratamento precoce e à reabilitação biopsicossocial e prevenção de incapacidades (MALTA; DUARTE, 2007).

No caso do manejo da dor crônica, a política nacional se restringe a portadores de câncer, cujo enfoque se dá no alívio das dores por meio da dispensação de opióides (BRASIL, 2002b). No mesmo sentido, as políticas de saúde mental tem o foco nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), em que seus serviços foram criados para atender de forma intensiva as pessoas com sofrimento psíquico considerado intenso e, em geral, persistente (AMARANTE, 2008).

Assim, não obstante da importância histórica e social para a reforma psiquiátrica brasileira e a luta antimanicomial (AMARANTE, 2011), os CAPS não tem por

concepção na sua estrutura organizacional a função de atingir a população de uma forma em geral, num processo de cuidado também daqueles indivíduos que estão e se julgam saudáveis.

Desta maneira, a partir do exposto, se aponta um dos grandes desafios atuais das políticas de saúde no Brasil: incorporar a prevenção primária de saúde mental e de manejo da dor crônica na rede assistencial, quer dizer, evitar o desencadeamento destas doenças e priorizar ações de promoção efetiva de estilos de vida saudáveis, no seu sentido positivo (JENKINS, 2007).

A inserção da prevenção primária na atenção básica de saúde tem o objetivo de alcançar o grupo populacional mais amplo possível que esteja ou que possa estar em risco de um determinado problema de saúde (JENKINS, 2007). Adicionalmente, Jenkins destaca que não basta controlar os fatores de risco num nível baixo, mas também promover que os fatores protetores sejam mantidos altos. Com essa combinação - diminuídos níveis de fatores de risco e a presença de diversos fatores de proteção - os adultos deixarão de morrer prematuramente, terão maior probabilidade de envelhecer com sucesso e necessitarão em menor proporção dos serviços de saúde (JENKINS, 2007).

A concepção e a relevância da prevenção primária para a saúde coletiva é sustentada e justificada pela *'teoria da estratégia populacional'* proposta por Geoffrey Rose. Sob a luz dos princípios da universalidade e integralidade, esta estratégia demonstra que ao direcionar ações de prevenção e promoção da saúde para a população como um todo, parte significativa dos membros da comunidade minimizam a influência dos fatores de risco modificáveis, alcançando assim redução muito maior em casos novos e mortalidade (ROSE, 2001).

Sem dúvida, as ideias de Rose vem ao encontro dos princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como foco a família e objetiva reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento. A ESF representa a possibilidade de reversão, investindo em promoção da saúde e na defesa da vida, educando a comunidade e desenvolvendo práticas de pensar e lidar com a saúde (AMARANTE, 2011).

Neste contexto, as intervenções diretas de caráter preventivo e promocional no âmbito da saúde mental e dor persistente devem ser inseridas nas ações das equipes saúde da família já que trazem contribuições relevantes para o bem-estar de indivíduos e população, considerando a alta prevalência e magnitude dessas patologias.

Ações denominadas internacionalmente de *'wellness programs'*, ou seja, programas de bem-estar, podem ser custo-efetivas para ampliar a saúde e a qualidade de vida

(WATT; VERMA; FLYNN, 1998), podendo ser aplicadas em diversos ambientes como o organizacional - cujos resultados demonstram diminuição do absenteísmo e maior satisfação no trabalho (PARKS; STEELMAN, 2008) - como também em espaços institucionais e comunitários. No Brasil, iniciativas desta natureza podem ser adaptadas às necessidades locais e regionais e aplicadas dentro das possibilidades de ações na Estratégia Saúde da Família.

No Brasil, experiências exitosas nos CAPS, focalizadas na atenção psicossocial e inclusão, são interessantes e criativas e podem ser expandidas para a população como um todo, tal como estratégias de terapias comunitárias, centros de convivência, cooperativas sociais, economia solidária para geração de renda e redes de apoio comunitário (AMARANTE, 2008, 2011). Deste modo, oportuniza-se o florescimento de virtudes e qualidades que ampliam o bem-estar individual e coletivo como autonomia, senso de pertencimento, identidade social, respeito mútuo, solidariedade, liberdade, democracia, entre tantas outras.

Tais intervenções devem estar pautadas no processo de educação em saúde, em que a partir do autogerenciamento consciente do bem-estar biopsicossocial, num sentido amplo e positivo que envolva inclusive as dimensões espirituais e existenciais, a população se empodere de conhecimentos úteis para viver e envelhecer de forma ativa e sadia.

A fim de que estas práticas se tornem mais que uma política de governo, ou seja, não sejam ações esporádicas e pontuais, mas progressivas e permanentes, é de essencial valor que exista interesse e suporte político-jurídico com apoio financeiro para a implantação, gestão, execução e monitoramento das medidas adotadas.

Aliás, há de se considerar que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de estilos saudáveis de vida, caminha na direção de um bem-estar global.

De tal modo que, além da intersetorialidade na esfera pública, é necessário cooperação das lideranças para a formação de parcerias entre os principais setores da sociedade: governo, empresas, organizações não governamentais, cidadania e universidade, para a criação de ambientes sadios e o prolongamento de uma vida plena, com o máximo desenvolvimento das capacidades pessoais e sociais das comunidades.

O objetivo destas parcerias é a articulação do trabalho em redes, entre serviços de saúde com outros dispositivos não-sanitários, tanto oriundos das políticas públicas como da área da educação, cultura, transporte, como também advindos de iniciativas que vem da sociedade com seus vários recursos e possibilidades (AMARANTE, 2008).

Por fim, vale lembrar que as contribuições e desafios da abordagem positiva para as concepções epistemológicas do objeto saúde, prática clínica e políticas públicas caminham de mãos dadas, engrenadas e engendradas influenciando e interagindo uma às outras, ora como causa ou determinante ora como efeito ou determinado, num ciclo virtuoso de *feedback* positivo, conforme ilustra a Figura 11.

Figura 11 –Esquema interativo entre a concepção epistemológica do objeto saúde, prática clínica e políticas públicas.



7 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DA INVESTIGAÇÃO

Com relação aos cuidados metodológicos, neste estudo foi tomada cautela quanto às possíveis inferências que foram feitas a partir da análise dos dados, no que tange às questões relacionadas às causas e efeitos. O delineamento do estudo transversal não permite interpretações de nexos causais, sendo possível apenas a compreensão de associações entre exposição e desfecho. Destaca-se este ponto como relevante, visto que em alguns trabalhos se verificam informações preditoras de relação causal a partir de desenhos epidemiológicos seccionais.

Para garantir a validade interna e externa da pesquisa, foram utilizados instrumentos validados na coleta de dados. Contudo, como pode ser verificado no quadro da Figura 12, as variáveis 'estado de *flow*', 'amor' e 'bom humor' foram mensuradas por meio de perguntas elaboradas pelos autores da pesquisa, já que não foram encontrados estudos que embasassem a análise destas variáveis, nem tampouco que possibilitassem comparações de resultados no momento da discussão.

Mesmo levando em conta a subjetividade das informações sobre as variáveis 'estado de *flow*', 'amor' e 'bom humor', deve-se considerar que este estudo traz aproximações primárias sobre estes temas para o Brasil. Entretanto, para que seja possível aprofundar os conhecimentos acerca das relações entre emoções positivas e o processo saúde-doença, é necessário ampliar a produção de instrumentos adaptados e validados para o contexto brasileiro (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010b).

Quanto à análise estatística é conhecido que, em estudos com desfecho comum (> 10%), a razão de chances (*odds ratio*) obtida por meio da regressão logística tende a superestimar ou subestimar a força das associações, podendo gerar vieses. Nestes casos, tem-se indicado a utilização da razão de prevalência, que são obtidas por meio da regressão de Poisson.

Contudo, conforme atesta Lima-Costa e Matos (2006), ainda é intenso o debate sobre o assunto. Sabe-se que a regressão logística, apesar de reduzir a magnitude, não modifica a hierarquia, a significância e a direção das associações, o que na prática não alteraria em grande escala as implicações para a saúde pública.

Abrem-se ressalvas para destacar algumas limitações conceituais e metodológicas identificadas nas pesquisas desenvolvidas no campo da felicidade. Foram verificados nos artigos publicados diferentes e conflitantes conceitos acerca do que é felicidade, afetos positivos e satisfação com a vida; e em alguns, os autores sequer procuraram

definir o que é felicidade. Também foram encontrados diversificados instrumentos de mensuração que foram aplicados em populações diferentes, com faixas etárias distintas, inseridas em culturas diversificadas, o que dificulta e enfraquece as generalizações e comparações. Por isso, para orientar futuros trabalhos, seria relevante um posicionamento crítico das instituições que estabelecem normas e padrões, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), já que pesquisas sobre o tema são crescentes na área da saúde pública.

Figura 12 – Síntese das principais variáveis utilizadas na pesquisa e seus instrumentos de coleta de dados.

Principais Variáveis	Instrumento
Felicidade	Diener et al (1985)
Estado de <i>flow</i>	Pergunta elaborada pelos autores da pesquisa
Bom humor	Pergunta elaborada pelos autores da pesquisa
Amor	Pergunta elaborada pelos autores da pesquisa
Religião, espiritualidade e crenças	WHOQOL (OMS)
Depressão	Patologia autorreferida e Inventário de depressão de Beck
Dor crônica	Escala unidimensional verbal e consumo de medicamentos (N01 e M02)
Hipertensão arterial	Patologia autorreferida e consumo de medicamentos (C03, C07, C08 e C09)
Diabetes mellitus	Patologia autorreferida e consumo de medicamentos (A10)
Atividade física	IPAQ curto
Consumo abusivo de álcool	Vigitel
Poder de compra	ABEP

Além disso, por um lado, há de se destacar que a pesquisa foi realizada em município de Matinhos que apresenta peculiaridades ambientais (presença de áreas de proteção ambientais [APA], região litorânea); culturais (cultura caiçara) e sociais (sazonalidade turística e econômica), o que faz com que se recomende cuidado e cautela ao extrapolar os resultados para outras populações. Contudo, por outro lado, também deve ser lembrado, que apesar de sua singularidade, é um município com características semelhantes à maioria das cidades brasileiras, ao utilizar como referência informações referentes à renda (baixa) e tamanho da população (município de pequeno porte).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, realizado em cidade litorânea do Paraná, pode-se concluir que houve associação entre autopercepção de felicidade, amor e bom humor e a frequência de algumas doenças crônicas.

Entre as variáveis estudadas, as morbidades 'dor crônica' e 'depressão' se mantiveram associadas inversamente ao desfecho conjugado de felicidade, amor e bom humor, o que indica que estas DCNT agem como marcadores relevantes de baixa qualidade de vida. Por outro lado, valores, crenças religiosas e renda se revelaram como significativos indicadores positivos de bem-estar emocional.

Evidenciou-se que as dimensões afetivas e emocionais são preponderantes para a qualidade de vida geral, já que envolvem e se relacionam com diversas facetas do bem estar, sejam elas físicas e mentais, como também materiais, existenciais e espirituais.

Em termos conceituais, a felicidade e outras emoções positivas se apresentam como objetos de estudo interdisciplinares, cujas relações com o processo saúde-doença não pode ser negligenciada ou delegada às ciências humanas e sociais em decorrência das limitações epistemológicas e metodológicas da epidemiologia moderna. Pesquisas sobre o bem-estar subjetivo, amor e bom humor tem potencial de desvelar um novo olhar para as ciências da 'saúde', a partir da ótica positiva.

Desta forma, estudos da epidemiologia da saúde constituem um desafio que traz consigo o despertar para um enfoque criativo sobre a própria vida, possibilitando avanços no sentido da humanização e integralidade do campo da saúde coletiva e integração dos múltiplos conhecimentos.

O crescimento exponencial de publicações na área do bem-estar subjetivo nas comunidades científicas internacionais é um consistente indicativo de que inovações epistemológicas e práticas devem ser incorporadas criticamente pela saúde coletiva, sob o risco de tornar frágeis os preceitos que historicamente e socialmente fundamentaram a necessidade de uma 'nova saúde pública' para o século XXI.

Além disso, considerando a complexidade dos objetos de estudo dessa pesquisa, aponta-se a necessidade de realização de estudos de natureza qualitativa, que investiguem as emoções positivas sob diversos ângulos, a fim de - conjuntamente com as investigações quantitativas - elucidar, compreender e nortear políticas e ações em saúde.

Ademais, sugere-se que seja inserida e estimulada a reflexão acerca dos fatores de promoção da saúde e indicadores positivos na formação permanente de estudantes,

docentes, profissionais, gestores em saúde, com intuito efetivo de consolidar movimentos importantes no campo da saúde coletiva, tais como Estratégia Saúde da Família, Cidades Saudáveis e Redes de Cuidados em Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALKIRE, S. Human development: definitions, critiques, and related concepts. *Human Development Research Papers*, 2010/01, 2010.
- ALMEIDA FILHO, N. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000a.
- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 3, n. 1-3, p. 4-20, 2000b.
- ALMEIDA FILHO, N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 95-137, 2007.
- ALVARENGA, A. T.; SOMMERMAN, A.; ALVAREZ, A. M. S. Congressos internacionais sobre transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de ideias e ideais na direção de uma nova ciência moderna. *Saúde & Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 9-29, 2005.
- AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, P. D. C. *Saúde mental e apoio psicossocial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 271-276, 2006.
- ANDREWS, S. PIB ou FIB: as lições do Butão. *Revista Época*, 501 ed., 2007. [s.n.], 2007. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG80676-6048-501,00.html>>. Acesso em: 03 jan 2010.
- ANDREWS, S. *A ciência de ser feliz*. São Paulo: Editora Ágora, 2011.
- ANGNER, E. et al. Health and happiness among older adults: A community-based study. *Journal of Health Psychology*, v. 14, p. 503-512, 2009.
- ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, v. 11, n. 1, p. 11-18, 1996.
- AYRES, J. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, n. supl. 1, p. 28-42, 2002.
- BALLONE, G. J.; ORTOLANI, V. I. *Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.
- BALLONE, G. J.; PEREIRA NETO, E. Humor e doenças. In: BALLONE, G.; ORTOLANI, I.; PEREIRA NETO, E. (Org). *Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática*. São Paulo: Manole, 2007.

- BARAK, Y. The immune system and happiness. *Autoimmunity Reviews*, v. 5, p. 523-527, 2006.
- BARATA, R. B. Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.
- BARCELO, A.; RAJPATHAK, S. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 10, n. 5, p. 300-308, 2001.
- BARRETO, M. L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 1, n. 2, p. 104-122, 1998.
- BARROS, J. A. C. *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.
- BEKHET, A. K.; ZAUSZNIIEWSKI, J. A.; NAKHLA, W. E. Happiness: theoretical and empirical considerations. *Nursing forum*, v. 43, n. 1, p. 12-23, 2008.
- BENNETT, H. J. Humor in medicine. *Southern Medical Journal*, v. 96, n. 12, 2003.
- BENYAMINI, Y.; LEVENTHAL, E. A.; LEVENTHAL, H. Self-assessments of health -what do people know that predicts their mortality. *Research on Aging*, v. 21, p. 477-500, 1999.
- BERK, L. S. et al. Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful laughter. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, v. 7, n. 2, p. 62-76, 2001.
- BLANCHFLOWER, D. G.; OSWALD, A. J. Hypertension and happiness across nations. *Journal of Health Economics*, v. 27, p. 218-233, 2008.
- BLOOM, D. E. et al. *The global economic burden of non-communicable diseases*. Geneva, 2011.
- BRASIL, M. L. S.; SCHWARTZ, E. As atividades lúdicas em unidade de hemodiálise. *Acta Scientiarum Health Science*, v. 27, n. 2, p. 103-112, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 859/2002: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - uso de opiáceos no alívio da dor crônica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de proteção e risco para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 230 p.
- BRASIL. Senado Federal. *Proposta de emenda Constitucional n° 19/2010*. [S.l.], 2010. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/Materia/detalhes.asp?p_cod_mate=97622>. Acesso em: 25 set 2011.

- BRICKMAN, P.; COATES, D.; JANOFF-BULMAN, M. Lottery winners and accident victims: is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 36, p. 917-927, 1978.
- BROADHEAD, W. E. et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, v. 117, n. 5, p. 521-537, 1983.
- BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of dsm-iv major depressive episode. *BMC Medicine*, v. 9, p. 90, 2011.
- BRUMMEL-SMITH, K. et al. Outcomes of pain in frail older adults with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 50, n. 11, p. 1847-1851, 2002.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE BVS. *Descritores em ciências da saúde: felicidade, felicidad, happiness*. [S.l.], 2010. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 03 jan 2010.
- CAIRUS, H. F.; RIBEIRO JUNIOR, W. A. *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- CAMARGO, R. S.; MOSER, A. D. L.; BASTOS, L. C. Abordagem dos métodos avaliativos em fibromialgia e dor crônica aplicada à tecnologia da informação: revisão da literatura em periódicos, entre 1998 e 2008. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 49, n. 4, p. 431-446, 2009.
- CAMON, V. A. *Depressão e psicossomática*. São Paulo: Pioneira Thompson, 2001.
- CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais da saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Editora Cultrix, 2006.
- CARNETHON, M. R. et al. Symptoms of depression as a risk factor for incident diabetes: findings from the national health and nutrition examination epidemiologic follow-up study, 1971-1992. *American Journal of Epidemiology*, v. 158, n. 5, p. 416-423, 2003.
- CARSON, J. W. et al. Loving-kindness meditation for chronic low back pain: results from a pilot trial. *Journal of Holistic Nursing*, v. 23, n. 3, p. 287-304, 2005.
- CASTIEL, L. D.; VALERO, J. S.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Epidemiologia, desastres, hiperprevenção e corpo-risco. In: CASTIEL, L. D.; VALERO, J. S.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. (Org). *Das Loucuras da razão ao sexo dos anjos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- CASTRO, M. et al. Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crônica. *Revista Baiana Saúde Pública*, v. 30, n. 2, p. 211-223, 2006.
- CATFORD, J. C. Positive health indicators-towards a new information base for health promotion. *Journal of Public Health*, v. 5, n. 2, p. 125-132, 1983.

- CHENG, H.; FURNHAM, A. Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and individual differences*, v. 34, n. 6, p. 921-942, 2003.
- CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de geoffrey rose. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 241-244, 2000.
- CHRISTAKIS, N. A.; FOWLER, J. H. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, v. 357, n. 4, p. 370-379, 2007.
- CHRISTAKIS, N. A.; FOWLER, J. H. The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine*, v. 358, n. 21, p. 2249-2258, 2008.
- CHRISTAKIS, N. A.; FOWLER, J. H. *O poder das conexões*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- CHRISTIAN, R. et al. Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, v. 17, n. 2, p. 57-64, 2004.
- CLONINGER, C. R. *Feeling good: the science of well-being*. New York: Oxford University Press, USA, 2004.
- COBB, S. Presidential address-1976. social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.
- COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 9, n. 2, p. 315-33, 2002.
- COHEN, S. et al. Sociability and susceptibility to the common cold. *Psychological Science*, v. 14, n. 5, p. 289-395, 2003a.
- COHEN, S. et al. Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, v. 65, n. 4, p. 652-657, 2003b.
- COHEN, S. B. Happiness and the immune system. *Positive Health*, v. 82, p. 9-15, 2002.
- CORBI, R. B.; MENEZES FILHO, N. A. Os determinantes empíricos da felicidade no brasil. *Revista de Economia Política*, v. 26, n. 4, p. 518-536, 2006.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. *A descoberta do fluxo : a psicologia do envolvimento com a vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- CUNHA, L. L.; MAYRINK, W. C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, v. 12, n. 2, p. 120-124, 2011.
- DANNER, D. D.; SNOWDON, D. A.; FRIESEN, W. V. Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 80, n. 5, p. 804-813, 2001.
- DATASUS. *Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Informação de Saúde: caderno do Estado do Paraná e dos municípios de Matinhos e Guaraqueçaba*. 2009.

DAVIDSON, K. W.; MOSTOFSKY, E.; WHANG, W. Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: The canadian nova scotia health survey. *European Heart Journal*, v. 31, n. 9, p. 1065-1070, 2010.

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. *Psicologia em estudo*, v. 11, n. 3, p. 533-539, 2006.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, 2007.

DEMO, P. *Dialética da felicidade: olhar sociológico pós-moderno*. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

DENMARK The Official website of denmark. *Lifestyle*. 2011. Disponível em: <<http://www.denmark.dk/en/menu/Lifestyle/>>. Acesso em: 18 dez 2011.

DIENER, E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, v. 55, n. 1, p. 34-43, 2000.

DIENER, E. Positive psychology: past, present, and future. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (Ed.). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press New York, 2002.

DIENER, E.; BISWAS-DIENER, R. Will money increase subjective well-being?: A literature review and guide to needed research. *Social indicators research*, v. 57, n. 2, p. 119-169, 2002.

DIENER, E. et al. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, v. 49, p. 71-75, 1985.

DIENER, E.; LUCAS, R. E.; OISHI, S. Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (Ed.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press New York, 2002.

DIENER, E.; SELIGMAN, M. E. P. Very happy people. *Psychological science*, v. 13, n. 1, p. 81-84, 2002.

DWORKIN, R. H. et al. A high-risk method for studying psychosocial antecedents of chronic pain: The prospective investigation of herpes zoster. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 101, n. 1, p. 200-205, 1992.

EASTERLIN, R. A. Explaining happiness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 100, n. 19, p. 11176-11183, 2003.

EKMAN, P. *A linguagem das emoções*. São Paulo: Lua de papel, 2011.

EKMAN, P.; DAVIDSON, R. J.; FRIESEN, W. V. The Duchenne smile: Emotional expression and brain physiology: II. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 58, n. 2, p. 342-353, 1990.

EPICURO. *Carta sobre a felicidade (a Meneceu)*. Tradução e apresentação de Lorencini e Carratore. São Paulo: Editora Unesp, 2002.

ERTEL, K. A.; GLYMOUR, M. M.; BERKMAN, L. F. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative us elderly population. *American Journal of Public Health*, v. 98, n. 7, p. 1215-1220, 2008.

ESCH, T.; STEFANO, G. B. Love promotes health. *Neuroendocrinology Letters*, v. 26, n. 3, p. 264-268, 2005a.

ESCH, T.; STEFANO, G. B. The neurobiology of love. *Neuroendocrinology Letters*, v. 26, n. 3, p. 175-192, 2005b.

ESTADES, N. P. O litoral do paraná: entre a riqueza natural e a pobreza social. *Desenvolvimento e Meio Ambiente*, n. 8, p. 25-41, 2003.

FERRAZ, R. B.; TAVARES, H.; ZILBERMAN, M. L. Felicidade: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 5, p. 234-242, 2007.

FLECK, M. P. A. et al. Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FOWLER, J. H.; CHRISTAKIS, N. A. The dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the framingham heart study. *British Medical Journal*, v. 337, p. a2338, 2008.

FRANKL, V. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentrao*. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1991.

FURLANETTO, L. M. et al. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: Prevalência e sintomas associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 55, n. 2, p. 96-101, 2006.

GSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. O idoso e a ressignificao emocional do lazer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 21, n. 1, p. 69-76, 2005.

GIANNETTI, E. *Felicidade: diálogos sobre o bem-estar na civilizao*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

GÓMEZ, M. C. R. et al. Terapias complementarias en los cuidados: Humor y risoterapia. *Index de Enfermería*, v. 14, n. 48-49, p. 1-7, 2005.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfao com a vida. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 6, p. 1060-1066, 2008.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

GOUVEIA, V. V. et al. A utilizao do QSG-12 na populao geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 19, n. 3, p. 241-248, 2003.

GRAHAM, C. Happiness and health: Lessons - and questions - for public policy. *Health Affairs*, v. 27, n. 1, p. 72-87, 2008.

GRAZIANO, L. D. *A felicidade revisitada: um estudo sobre bem-estar subjetivo na visão da psicologia positiva*. 126 p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Pós-graduação em Psicologia, 2005.

GUEDEA, M. T. D. et al. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 19, n. 2, p. 301-308, 2006.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. supl. 1, p. 88-94, 2007.

GUREJE, O. et al. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, v. 280, n. 2, p. 147-151, 1998.

HALLAL, P. C. et al. Well-being in adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 pelotas (brazil) birth cohort study. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 10, p. 1887-1894, 2010.

HATTORI, T.; TAKETANI, K.; OGASAWARA, Y. Suicide and suicide attempts in general hospital psychiatry: Clinical and statistical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 49, n. 1, p. 43-48, 1995.

HODGSON, T. A.; CAI, L. Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities. *Medical Care*, v. 39, n. 6, p. 599-615, 2001.

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

HUBER, M. et al. How should we define health?. *British Medical Journal*, v. 343, n. d4163, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas das populações residentes, em 1o de julho de 2009, segundo os municípios*. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP_2009_TCU.pdf>. Acesso em: 01 dez 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Matinhos-PR: População*. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=411570#>>. Acesso em: 01 dez 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Primeiros resultados definitivos do Censo 2010*. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1>. Acesso em: 16 set 2011.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Famílias pobres no Paraná*. Curitiba: IPARDES, 2003.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Caderno estatístico: Município de Matinhos*. Curitiba: IPARDES, 2009a.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Caderno estatístico*: Município de Guaraqueçaba. Curitiba: IPARDES, 2009b.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Caderno estatístico*: Município de Matinhos. Curitiba: IPARDES, 2011.

JAMISON, R. N.; VIRTS, K. L. The influence of family support on chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, v. 28, n. 4, p. 283-287, 1990.

JENKINS, D. C. Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança de comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2007.

JESSOR, R. et al. Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, v. 31, n. 6, p. 923-933, 1995.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 131-138, 2007.

JONAS, B. S.; LANDO, J. F. Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, v. 62, n. 2, p. 188-196, 2000.

KOENIG, H. G. Religion and depression in older medical inpatients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 15, n. 4, p. 282-291, 2007.

KOIVUMAA-HONKANEN, H. et al. Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, v. 152, n. 10, p. 983-991, 2000.

KRAUSE, N. Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging*, v. 22, n. 3, p. 456-469, 2007.

KRUSE, B. G.; PRAZAK, M. Humor and older adults: what makes them laugh? *Journal of Holistic Nursing*, v. 24, n. 3, p. 188-193, 2006.

KUBZANSKY, L. D.; THURSTON, R. C. Emotional vitality and incident coronary heart disease: benefits of healthy psychological functioning. *Archives of General Psychiatry*, v. 64, n. 12, p. 1393-1401, 2007.

LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. 1981. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>. Acesso em: 08 dez 2011.

LARKIN, K. T.; ZAYFERT, C. Anger expression and essential hypertension: behavioral response to confrontation. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 56, n. 1, p. 113-118, 2004.

LAWES, C. M. M. et al. Blood pressure and the global burden of disease 2000. part 1: estimates of blood pressure levels. *Journal of Hypertension*, v. 24, n. 3, p. 413-422, 2006.

LEVIN, J. God, love, and health: findings from a clinical study. *Review of Religious Research*, v. 42, p. 277-293, 2001.

LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 31, n. 3, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L. Modelando desfechos comuns: viés e precisão. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 11, p. 2496-2497, 2006.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validity of self-reported hypertension and its determinants (the Bambuí study). *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 5, p. 637-642, 2004.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Validade do diabetes auto-referido e seus determinantes: evidências do projeto bambuí. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 6, p. 947-953, 2007.

LIMA, R. A. G. et al. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, v. 43, n. 1, p. 186-193, 2009.

LINDSTRÖM, B. O significado de resiliência. *Adolescencia Latinoamericana*, v. 2, n. 3, p. 133-137, 2001.

LOPES, C. Risco: conceito fundamental em permanente discussão. In: *Radis: comunicação em saúde*, n. 106, jun 2011. [s.n.], 2011. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/106/radis_106.pdf>. Acesso em: 31 mar 2012.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban brazilian population aged 30-69 yr. the brazilian cooperative group on the study of diabetes prevalence. *Diabetes Care*, v. 15, n. 11, p. 1509-1516, 1992.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema único de Saúde. *Epidemiologia & Serviços de Saúde*, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 765-776, 2007.

MATSUBAYASHI, K. et al. Evaluation of subjective happiness in the elderly using a visual analogue scale of happiness in correlation with depression scale. *Japanese Journal of Geriatrics*, v. 29, n. 11, p. 811-816, 1992.

MEDALIE, J. H.; GOLDBOURT, U. Angina pectoris among 10,000 men: II. Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a five year incidence study. *American Journal of Medicine*, v. 60, n. 6, p. 910-921, 1976.

MEDALIE, J. H. et al. The importance of biopsychosocial factors in the development of duodenal ulcer in a cohort of middle-aged men. *American Journal of Epidemiology*, v. 136, n. 10, p. 1280-1287, 1992.

MELLO FILHO, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. 11. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MENDES, E. V. *Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde*. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/revisao_bibliografica_redes.pdf>. Acesso em: 09 dez 2011.

MERSKEY, H. E. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, v. 3, p. S215-217, 1986.

MINAYO, M. C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. S.; MINAYO, A. C. (Org.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 173-189.

MINAYO, M. C. S. *Interdisciplinaridade e pensamento complexo*. Palestra proferida em 12 de abril de 2010 em Ponta Grossa/PR. 2010.

MORA-RIPOLL, R. The therapeutic value of laughter in medicine. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, v. 16, n. 6, p. 56-64, 2010.

MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 4, p. 302-308, 2005.

MORAIS, M. L. S. Ludicidade, humor, diversão e participação social: motivos de bem-estar em todas as idades. *Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, n. 47, p. 84-86, 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. supl 1, p. 3-4, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

MOREIRA JÚNIOR, E. D.; SOUZA, M. C. Epidemiologia da dor crônica e dor neuropática: desenvolvimento de questionário para inquéritos populacionais. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 60, n. 8, p. 610-614, 2003.

MOREIRA, R. O. et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 47, n. 1, p. 19-29, 2003.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

MUSSA, C.; MALERBI, F. E. K. O impacto da atividade lúdica sobre o bem-estar de crianças hospitalizadas. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 10, n. 2, p. 83-93, 2008.

MYERS, D. G.; DIENER, E. Who is happy? *Psychological Science*, v. 6, n. 1, p. 10-19, 1995.

NATION HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP. Nation high blood pressure education program working group report on hypertension in the elderly. *Hypertension*, v. 23, n. 3, p. 275-285, 1994.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, A. F. et al. Global burden of disease attributable to diabetes mellitus in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1234-1244, 2009.

OLIVEIRA, D. C.; OLIVEIRA, S.; VOSGERAU, M. Z. S. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Curitiba: UFPR Setor Litoral, 2011.

OMS. Organização Mundial de Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*: Relatório Mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2002.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. *Carta de Ottawa*. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 16 set 2011.

OSTIR, G. V. et al. Associations between positive emotion and recovery of functional status following stroke. *Psychosomatic Medicine*, v. 70, n. 4, p. 404-409, 2008.

PANZINI, R. G. et al. Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. supl. 1, p. 105-115, 2007.

PARKS, K. M.; STEELMAN, L. A. Organizational wellness programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 13, n. 1, p. 58-68, 2008.

PASSARELI, P. M.; SILVA, J. A. Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, v. 24, n. 4, p. 513-517, 2007.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health—a recommendation from the centers for disease control and prevention and the american college of sports medicine. *Journal of the American Medical Association*, v. 273, n. 5, p. 402-407, 1995.

PENNOCK, M. *FIB e o Ocidente*. 2008. Disponível em: <<http://felicidadeinternabruta.blogspot.com/2008/11/fib-e-o-ocidente-palestra-de-michael.html>>. Acesso em: 11 set 2011.

PENSON, R. T. et al. Laughter: The best medicine? *The Oncologist*, v. 10, n. 8, p. 651-660, 2005.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 1, p. 82-87, 2007.

PESSINI, L. Espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. *O Mundo da Saúde São Paulo*, v. 31, n. 2, p. 187-195, 2007.

PETERSON, C. The future of optimism. *American Psychologist*, v. 55, n. 1, p. 44-55, 2000.

PHILLIPS, C. J. Pain management: health economics and quality of life considerations. *Drugs*, v. 63, n. 2, p. 47-50, 2003.

PITT, B.; DELDIN, P. J. *Depression and cardiovascular disease: have a happy day—just smile!* 2010. Disponível em: <<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2010/02/17/eurheartj.ehq031.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 dez 2011.

- PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking do IDH 2010. 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3600&lay=pde>. Acesso em: 18 dez 2011.
- POWELL, L. H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C. E. Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*, v. 58, n. 1, p. 36-52, 2003.
- PRESSMAN, S. D.; COHEN, S. Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, v. 131, n. 6, p. 925-971, 2005.
- RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, v. 4, n. 7, p. 156-175, 2002.
- RASPE, H.; HUEPPE, A.; NEUHAUSER, H. Back pain, a communicable disease? *International Journal of Epidemiology*, v. 37, n. 1, p. 69-74, 2008.
- RESENDE, M. C. et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para América Latina*, n. 5, 2006.
- ROEHE, M. V. Revendo idéias de Viktor Frankl no centenário de seu nascimento. *Psico*, v. 36, n. 3, p. 311-314, 2005.
- ROSE, G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, v. 30, n. 3, p. 427-432, 2001.
- ROSNER, F. Therapeutic efficacy of laughter in medicine. *Cancer Investigation*, v. 20, n. 3, p. 434-436, 2002.
- ROSS, N. Health, happiness, and higher levels of social organisation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 59, n. 8, p. 614, 2005.
- ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. (Aut.). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2006.
- RUSSEK, L. G.; SCHWARTZ, G. E. Feeling of parental caring predict health status in midlife: A 35-year follow-up of the harvard mastery of stress study. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 20, n. 1, p. 1-13, 1997.
- SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.
- SALOVEY, P. et al. Emotional states and physical health. *American Psychologist*, v. 55, n. 1, p. 110-121, 2000.
- SANTOS, C. C. et al. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. *Acta Fisiátrica*, v. 13, n. 2, p. 75-82, 2006.
- SANTOS, L. R.; RIBEIRO, J. P.; GUIMARÃES, L. Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer. *Análise Psicológica*, v. 21, n. 4, p. 441-451, 2003.
- SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007.

- SCALCO, D. L. *Autopercepção de felicidade e fatores associados em adultos de uma cidade do sul do Brasil*: estudo de base populacional. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de Pelotas. Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas, 2008.
- SCHRAMM, F. R.; CASTIEL, L. D. Processo saúde/doença e complexidade em epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 4, p. 379-390, 1992.
- SCHWARTZ, S.; SUSSER, E.; SUSSER, M. A future for epidemiology? *Annual Review of Public Health*, v. 20, n. 1, p. 15-33, 1999.
- SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 188-195, 2010.
- SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. dos. Psicologia positiva e os instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 3, p. 440-448, 2010.
- SELIGMAN, M. *Felicidade Autêntica*: usando a psicologia positiva para a realização permanente. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- SELIGMAN, M. *Florescer*: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e bem-estar. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.
- SÊNECA. *Da tranquilidade da alma, da vida retirada, da felicidade*. Tradução de REBELLO, L. S.; VRANAS, E. I. N. Porto Alegre: L&PM, 2009.
- SESA. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. *Doenças e agravos não transmissíveis*. 2. ed. [S.l.], 2008. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/vig_epidemiolog/DVDNT/DANTS/PARTE7.pdf>. Acesso em: 11 jan 2010.
- SHIRAI, K. et al. Perceived level of life enjoyment and risks of cardiovascular disease incidence and mortality: the japan public health center-based study. *Circulation*, v. 120, n. 11, p. 956-963, 2009.
- SILVA, M. C.; FASSA, A. G.; VALLE, N. C. J. Chronic low back pain in a southern brazilian adult population: prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 377-385, 2004.
- SILVA, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F.; COSTA JÚNIOR, M. L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.
- SILVEIRA, D. R.; MAHFOUD, M. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia*, v. 25, n. 4, p. 567-576, 2008.
- SINK, J. R. Why can't we measure happiness? *American Psychology*, v. 55, n. 10, p. 1162-1163, 2000.
- SMITH, G. D. Reflections on the limitations to epidemiology. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 54, n. 4, p. 325-331, 2001.
- SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. *Psicologia positiva*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

- SOMMERHALDER, C. Sentido de vida na fase adulta e velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 2, p. 270-277, 2010.
- SOUSA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 446-447, 2002.
- SPITZER, R. L. et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. *Journal of the American Medical Association*, v. 274, n. 19, p. 1511-1517, 1995.
- STEFANELLO, A. C. *Percepção de riscos naturais: um estudo dos balneários turísticos Caiobá e Flamingo em Matinhos-PR*. Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Geografia, Curitiba, 2006.
- STEFANO, G.; ESCH, T. Love and stress. *Neuroendocrinology Letters*, v. 26, n. 3, p. 173-174, 2005.
- STEPTOE, A.; WARDLE, J. Positive affect and biological function in everyday life. *Neurobiology of Aging*, v. 26, n. 1, p. 108-112, 2005.
- STEPTOE, A.; WARDLE, J.; MARMOT, M. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 102, n. 18, p. 6508-6512, 2005.
- STIGLITZ, J. E.; SEN, A.; FITOUSSI, J. P. *Report by the commission on the measurement of economic performance and social progress*. 2009. Disponível em: <http://www.Stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf>. Acesso em: 12 set 2011.
- STREAN, W. B. Laughter prescription. *Canadian Family Physician*, v. 55, n. 10, p. 965-967, 2009.
- SUBRAMANIAN, S. V.; KIM, D.; KAWACHI, I. Covariation in the socioeconomic determinants of self rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the usa. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 59, n. 8, p. 664-669, 2005.
- SUSSER, E.; SUSSER, M. Choosing a future for epidemiology: li from black box to chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 5, p. 674-677, 1996.
- TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, n. 3, p. 149-59, 2005.
- THOMAS, C. B. Precursors of premature disease and death: the predictive potential of habits and family attitudes. *Annals of Internal Medicine*, v. 85, n. 5, p. 653-658, 1976.
- UMBERSON, D.; MONTEZ, J. K. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 51, p. 54-66, 2010.
- VARGAS, C. M. et al. Validity of self-reported hypertension in the national health and nutrition examination survey iii, 1988-1991. *Preventive Medicine*, v. 26, n. 5, p. 678-685, 1997.

VEENHOVEN, R. Progres dans la compréhension du bonheur. *Revue Québécoise de Psychologies*, v. 18, p. 29-74, 1997.

VEENHOVEN, R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, v. 9, n. 3, p. 449-469, 2008.

VEENHOVEN, R. *World database of happiness*. Happiness in Denmark (DK). 2011. Disponível em: <<http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl>>. Acesso em: 07 dez 2011.

VERSIANI, M. Depressão: uma doença crônica. *Revista Ciência Hoje*, v. 34, n. 201, p. 34-37, 2004.

VIEIRA A. G.; MORAIS, M. L. S. B. S. H. Terapia comunitária: inovação na atenção básica em saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*, v. 45, p. 17-20, 2008.

VILOSIO, J. Comentario editorial: hipertensión arterial y felicidad. *Evidencia*, v. 11, n. 2, p. 34-35, 2008.

WALSH, A.; WALSH, P. A. Love, self-esteem, and multiple sclerosis. *Social Science & Medicine*, v. 29, n. 7, p. 793-798, 1989.

WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the panas scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 54, n. 6, p. 1063-1070, 1988.

WATT, D.; VERMA, S.; FLYNN, L. Wellness programs: a review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, v. 158, n. 2, p. 224-230, 1998.

WHITTINGTON, J. E.; HUPPERT, F. A. Creating invariant subscales of the ghq-30. *Social Science & Medicine*, v. 46, n. 11, p. 1429-1440, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO.. *World health organization supports global effort to relieve chronic pain*. 2004. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html>. Acesso em: 20 set 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. Preventing chronic diseases. *A vital investment: WHO global report*. Geneva: WHO library, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to major risks*. Geneva: WHO library, 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. *Improving health systems and services for mental health*. 2009b. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html>. Acesso em: 16 set 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. ATC/DDD Index 2011. 2011. Disponível em: <http://www.whocc.no/atc_ddd_index/>. Acesso em: 12 set 2011.

WHOQoL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, v. 62, n. 6, p. 1486-1497, 2006.

WOOTEN, P. Humor: an antidote for stress. *Holistic Nursing Practice*, v. 10, n. 2, 1996.

WU, Z.; POLLARD, M. S. Social support among unmarried childless elderly persons. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, v. 53, n. 6, p. 324-335, 1998.

XAVIER, F. M. et al. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, n. 2, p. 62-70, 2001.

YAN, L. L. et al. Psychosocial factors and risk of hypertension. the coronary artery risk development in young adults (cardia) study. *Journal of the American Medical Association*, v. 290, n. 16, p. 2138-2148, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário da coleta de dados

Codificação					
-------------	--	--	--	--	--

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO

LOCALIZAÇÃO		
RUA:	nº	Complemento:
SETOR CENSITÁRIO:		Telefone:
OBS:		
MORADORES		
Nome	Sexo	Idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO

Nome:	
Data de nascimento:	Celular:
Data da entrevista:	

INFORMAÇÕES DA COLETA

Entrevistadores:	
1º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não(motivo):
2º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não(motivo):
3º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não(motivo):
<input type="checkbox"/> 1º digitação <input type="checkbox"/> 2º digitação	

INFORMAÇÕES DA COLETA

Perda	<input type="checkbox"/> Não encontrado em 3 visitas <input type="checkbox"/> Recusa em participar da pesquisa
Exclusão	<input type="checkbox"/> Idade não encontrada <input type="checkbox"/> Não é morador permanente na cidade <input type="checkbox"/> Incapacidade física ou cognitiva <input type="checkbox"/> Domicílio desocupado após 3 visitas

1. VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS				
1.1. Estado civil	1 <input type="checkbox"/> Solteiro(a) 2 <input type="checkbox"/> Casado(a)/ União Consensual 3 <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado(a) 4 <input type="checkbox"/> Viúvo			
1.2. Raça	1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta/negra 3 <input type="checkbox"/> Parda 4 <input type="checkbox"/> Amarela 1.3. Renda familiar (R\$): _____			
1.4. Com quem mora	1 <input type="checkbox"/> Sozinho 2 <input type="checkbox"/> Cônjuge apenas 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Amigos 5 <input type="checkbox"/> Outros			
1.5. Religião	1 <input type="checkbox"/> Católica 2 <input type="checkbox"/> Evangélica 3 <input type="checkbox"/> Espirita 4 <input type="checkbox"/> Sem religião 5 <input type="checkbox"/> Outras			
1.6. Você se considera	1 <input type="checkbox"/> Muito religioso 2 <input type="checkbox"/> Mais ou menos religioso 3 <input type="checkbox"/> Pouco religioso 4 <input type="checkbox"/> Nada religioso			
1.7. Você acredita em Deus ou em algo superior	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Não sei			
1.8. Nos últimos 30 dias, você foi à missa, culto ou sessão religiosa?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembro			
1.9. Escolaridade	1 <input type="checkbox"/> Analfabeto 2 <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto 3 <input type="checkbox"/> 1º grau completo 4 <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto 5 <input type="checkbox"/> 2º grau completo 6 <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto 7 <input type="checkbox"/> 3º grau completo 8 <input type="checkbox"/> Pós – graduação			
1.10. Situação de trabalho	1 <input type="checkbox"/> Trabalho com carteira assinada 3 <input type="checkbox"/> Desempregado 5 <input type="checkbox"/> Aposentado 2 <input type="checkbox"/> Trabalho Autônomo 4 <input type="checkbox"/> Trabalho Doméstico 6 <input type="checkbox"/> outro			
2. FELICIDADE				
2.1. Cite 3 palavras que lhes vêm imediatamente à lembrança em relação à felicidade e depois enumere da mais para menos importante. () _____ () _____ () _____				
Utilizando a escala de 1 a 7, refira o seu grau de acordo com cada item:				
2.2. Em muitos aspectos, a minha vida se aproxima dos meus ideais.	1 <input type="checkbox"/> Discordo plenamente 2 <input type="checkbox"/> Discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo um pouco 4 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	5 <input type="checkbox"/> Concordo um pouco 6 <input type="checkbox"/> Concordo	7 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2.3. As minhas condições de vida são excelentes.	1 <input type="checkbox"/> Discordo plenamente 2 <input type="checkbox"/> Discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo um pouco 4 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	5 <input type="checkbox"/> Concordo um pouco 6 <input type="checkbox"/> Concordo	7 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2.4. Estou satisfeito com a minha vida.	1 <input type="checkbox"/> Discordo plenamente 2 <input type="checkbox"/> Discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo um pouco 4 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	5 <input type="checkbox"/> Concordo um pouco 6 <input type="checkbox"/> Concordo	7 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2.5. Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida.	1 <input type="checkbox"/> Discordo plenamente 2 <input type="checkbox"/> Discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo um pouco 4 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	5 <input type="checkbox"/> Concordo um pouco 6 <input type="checkbox"/> Concordo	7 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2.6. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria em quase nada.	1 <input type="checkbox"/> Discordo plenamente 2 <input type="checkbox"/> Discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo um pouco 4 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	5 <input type="checkbox"/> Concordo um pouco 6 <input type="checkbox"/> Concordo	7 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
3. QUALIDADE DE VIDA – ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS PESSOAIS				
Conexão a ser ou força espiritual	3.1. Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
	3.2. Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
	3.3. Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
	3.4. Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranqüiliza você?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
Sentido de vida	3.5. Até que ponto você encontra um sentido na vida?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
	3.6. Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
	3.7. Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
	3.8. Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
Admiração	3.9. Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (p.e.: natureza, arte, música)	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
	3.10. Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
	3.11. Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
	3.12. Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar ("curtir") as coisas da natureza?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
Totalidade e integração	3.13. Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		
	3.14. Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Pouco 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes 5 <input type="checkbox"/> Sempre		

Totalidade e integração	3.15. Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.16. Quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma harmonia entre o que você faz, pensa e sente?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
Força espiritual	3.17. Até que ponto você sente força espiritual interior?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.18. Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.19. Quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.20. Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
Paz interior	3.21. Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.22. Até que ponto você tem paz interior?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.23. Quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.24. Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
Esperança e otimismo	3.25. Quão esperançoso você se sente?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.26. Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.27. Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.28. Quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
Fé	3.29. Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.30. Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.31. Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
	3.32. Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?	1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
3.33. Você se sente amado por seus familiares/amigos?		1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
3.34. Você tem animais de estimação?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	3.35. Caso sim, como você acha que a presença de animais de estimação contribuem para sua alegria de viver?		1 <input type="checkbox"/> Contribuem positivamente 2 <input type="checkbox"/> Contribuem negativamente 3 <input type="checkbox"/> Não contribuem nem positiva nem negativamente		
3.36. Você se envolve em algo tão intensamente que nada parece importar a ponto de perder a noção do tempo?		1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
3.37. Geralmente, você costuma sorrir com que frequência?		1 <input type="checkbox"/> Nunca	2 <input type="checkbox"/> Pouco	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Na maior parte das vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre

4. ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK

<p>1. 0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste.</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p>	<p>12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.</p> <p>1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.</p> <p>3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p>
<p>2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.</p> <p>2 Acho que nada tenho a esperar.</p> <p>3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p>	<p>13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.</p> <p>1 Adio minhas decisões mais do que costumava.</p> <p>2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.</p> <p>3 Não consigo mais tomar decisões.</p>

<p>3. 0 Não me sinto um fracasso.</p> <p>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.</p> <p>2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.</p> <p>3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p>	<p>14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.</p> <p>1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.</p> <p>2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.</p> <p>3 Considero-me feio.</p>
<p>4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada.</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p>	<p>15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.</p> <p>1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.</p> <p>2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Não consigo fazer nenhum trabalho.</p>
<p>5. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.</p> <p>1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.</p> <p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p>	<p>16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.</p> <p>1 Não durmo tão bem quanto costumava.</p> <p>2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.</p>
<p>6. 0 Não acho que esteja sendo punido.</p> <p>1 Acho que posso ser punido.</p> <p>2 Creio que vou ser punido.</p> <p>3 Acho que estou sendo punido.</p>	<p>17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.</p> <p>1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.</p> <p>2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p>
<p>7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo.</p> <p>2 Estou enojado de mim.</p> <p>3 Eu me odeio.</p>	<p>18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite está muito pior agora.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum apetite.</p>
<p>8. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.</p> <p>1 Perdi mais de 2,5 Kg.</p> <p>2 Perdi mais de 5,0 Kg.</p> <p>3 Perdi mais de 7,5 Kg.</p>	<p>19. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.</p> <p>1 Fico molestando ou irritado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.</p> <p>3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.</p>
<p>9. Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () Não ()</p>	<p>20. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.</p> <p>1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>
<p>10. 0 Não me sinto especialmente culpado.</p> <p>1 Eu me sinto culpado às vezes.</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado.</p>	<p>21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo que costumava.</p> <p>2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
<p>11. 0 Não choro mais que o habitual.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava.</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo.</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.</p>	
<p>22. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.</p> <p>1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.</p>	

5. VARIÁVEIS DE ESTILO DE VIDA

5.1. Tabagismo	1 <input type="checkbox"/> Fuma atualmente	2 <input type="checkbox"/> Nunca fumou	3 <input type="checkbox"/> Ex-tabagista	5.2. Fuma a quanto tempo? _____
5.3. Se fuma, Quantos cigarros por dia? _____				5.4. Se é ex-tabagista, há qto tempo parou de fumar? _____ anos
5.5. Nos últimos 30 dias, você consumiu em uma única ocasião mais <u>de quatro doses (mulheres) ou mais de cinco doses (homens)</u> de bebidas alcoólicas? (dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho)			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembro	
Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.				
5.6. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?	1 <input type="checkbox"/> _____ dias/semana			2 <input type="checkbox"/> nenhum
5.7. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia ?	Horas: _____			Minutos: _____
5.8. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS (pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim)	1 <input type="checkbox"/> _____ dias/semana			2 <input type="checkbox"/> nenhum
5.9. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ?	Horas: _____			Minutos: _____
5.10. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS (correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados)	1 <input type="checkbox"/> _____ dias/semana			2 <input type="checkbox"/> nenhum
5.11. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ?	Horas: _____			Minutos: _____

5.12. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?	Horas: _____ Minutos: _____
5.13. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?	Horas: _____ Minutos: _____
5.14. Quantidade de tempo que assiste TV/vídeo por dia	1 <input type="checkbox"/> Não costumo assistir TV 2 <input type="checkbox"/> _____ horas (aproximadamente)
5.15. Quantidade de tempo que fica no computador por dia	1 <input type="checkbox"/> Não utilizo computador 2 <input type="checkbox"/> _____ horas (aproximadamente)
5.16. Quantidade de tempo que você se dedica ao lazer e às práticas que dão prazer por dia (família, amigos, passeio)	1 <input type="checkbox"/> Não me dedico ao lazer 2 <input type="checkbox"/> _____ horas (aproximadamente)
5.17. Com referência ao mês anterior, você alguma vez teve um período de duas semanas ou mais no qual tenha tido (pode ter mais de opção marcada):	1 <input type="checkbox"/> Presença de sono não restaurador 4 <input type="checkbox"/> Dificuldade em iniciar o sono 2 <input type="checkbox"/> Dificuldade em se manter dormindo 5 <input type="checkbox"/> Não se aplica 3 <input type="checkbox"/> Situação de acordar muito cedo pela manhã
5.18. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1 <input type="checkbox"/> Muito satisfeito 2 <input type="checkbox"/> Satisfeito 3 <input type="checkbox"/> Nem satisfeito nem insatisfeito 4 <input type="checkbox"/> Insatisfeito 5 <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito
5.19. Você considera que cuida da sua saúde:	1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Moderadamente 3 <input type="checkbox"/> Pouco 4 <input type="checkbox"/> Raramente ou nunca

6. SITUAÇÃO DE SAÚDE AUTO-REFERIDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

6.1. Sua saúde está:	1 <input type="checkbox"/> Excelente 2 <input type="checkbox"/> Ótima 3 <input type="checkbox"/> Boa 4 <input type="checkbox"/> Regular 5 <input type="checkbox"/> Ruim
6.2. Tem hipertensão arterial ou pressão alta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei
6.3. Tem diabetes ou alta quantidade de açúcar no sangue?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei
6.4. Tem depressão?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei
6.5. Tem dor crônica? <i>Ao longo da vida, a maioria de nós tem algum tipo de dor de vez em quando (como dor de cabeça comum, dor muscular, dor de dente. Nos últimos 6 meses, você tem sentido dor (contínua, não esporádica) ou alguma sensação desagradável / desconfortável / estranha como choque, pontada, peso, queimor, formigamento, dormência?</i>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei
6.6. Se tem dor ou alguma sensação desagradável / desconfortável / estranha, qual sua intensidade?	1 <input type="checkbox"/> Fraca 2 <input type="checkbox"/> Moderada 3 <input type="checkbox"/> Forte 4 <input type="checkbox"/> Violenta 4 <input type="checkbox"/> Insuportável
6.7. Tem direito a algum plano de saúde? (Pode ser plano de saúde privado/ que a empresa pague)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
6.8. Consultou-se com médico(a) nos últimos 3 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
6.9. Internou em hospital no último ano? (não considerar internação por parto)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

7. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

7.1. Você faz uso contínuo de medicamentos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	7.2. Quantos são os medicamentos: _____
7.3. Qual (is) é (são) o(s) medicamento(s)? OBS: Somente os medicamentos que tenham: blister, embalagem ou bula		
	Medicamento (só nome Princípio Ativo)	Medicamento
1		6
2		7
3		8
4		9
5		10
7.4. Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
7.5. Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
7.6. Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
7.7. Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	

8. CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP – CCEB)

POSSE DE ITENS	Não	Tem 1	Tem 2	Tem 3	Tem 4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (separado ou duplex)	0	2	2	2	2
GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA					
Analfabeto/primário incompleto		0	Primário		1
Ginásia I completo/colegial incompleto		2	Colegial		4
Superior completo		8	TOTAL ABEP		

APÊNDICE B – Manual de entrevistas e coletas de dados

Manual de entrevistas e coletas de dados

1. CONTATO

Milene Zanoni S. Vosgerau milenezanoni@gmail.com - tel. (41) 98095652/ 35118322

2. ESCALA DE REUNIÕES COM COORDENADOR DO PROJETO

A cada sete dias (quartas-feiras), com datas e horários a confirmar, haverá reuniões entre os participantes do projeto, durante as quais cada entrevistador deverá entregar todos os formulários completos, solicitar mais material, solucionar dúvidas e problemas que tenham surgido durante as semanas anteriores, e receber novas orientações para prosseguir com o trabalho de campo.

3. ORIENTAÇÕES GERAIS

3.1. INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do formulário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- ✓ Crachá e carteira de identidade;
- ✓ Carta de apresentação;
- ✓ Manual de instruções;
- ✓ Formulários e Termo de consentimento livre e esclarecido;
- ✓ Caneta e prancheta.

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado (retirar material no Gabinete 2).

✓ **ENTRE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL PELA PESQUISA SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS.**

3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

- indivíduo com menos de 40 anos
- o indivíduo que não reside permanentemente no município, ou seja, que mora menos de 3 meses consecutivos do ano na zona urbana de Matinhos;
- indivíduos institucionalizados (prisões, instituições de longa permanência para idosos, pensões, entre outras);
- aqueles que apresentarem impedimento físico e/ou mental para responderem o formulário.

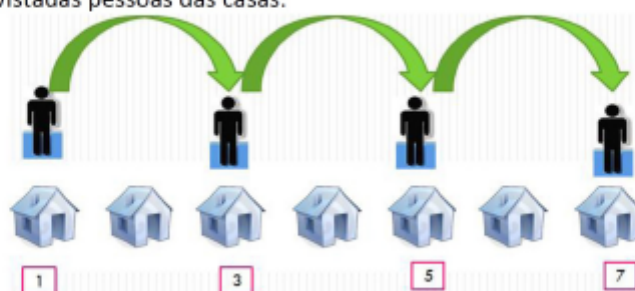
4. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

4.1. SELEÇÃO DOS DOMICÍLIOS PARA ENTREVISTA

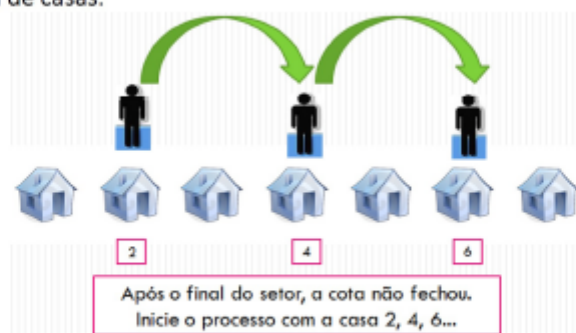
Em cada setor censitário do IBGE será necessário entrevistar um número pré-determinado de homens e mulheres para que se complete a cota amostral no setor. Em caso de dúvidas com relação à região, basta checar os mapas fornecido com todas as ruas da área e sua delimitação por setor censitário. Ainda existindo dúvidas, favor entrar em contato com o responsável pelo estudo. Todos os entrevistadores deverão estar em dupla para a realização da coleta de dados, podendo, eventualmente, se separar caso os domicílios a serem pesquisados forem próximos um do outro.

Para iniciar o processo de entrevistas, será considerado o ponto de partida a quadra número 1, já com a esquina sorteada (estará anotado no mapa). Quando as casas da quadra acabar, será selecionada a quadra mais próxima do ponto final. No início de cada quadra, o entrevistador deve sortear entre o

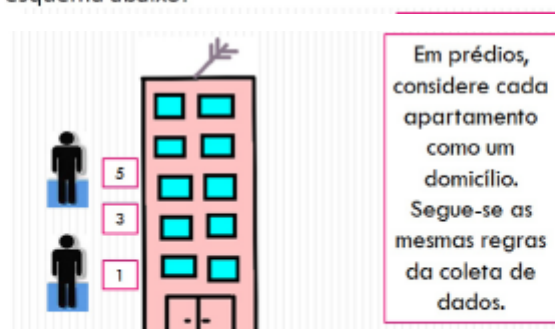
primeiro e o segundo domicílio para saber o ponto inicial. Você deverá percorrer a quadra sempre no sentido anti-horário e alternando as casas (visita uma, pula uma, visita uma, pula uma, etc.). Desta forma, a priori, devem ser entrevistadas pessoas das casas:



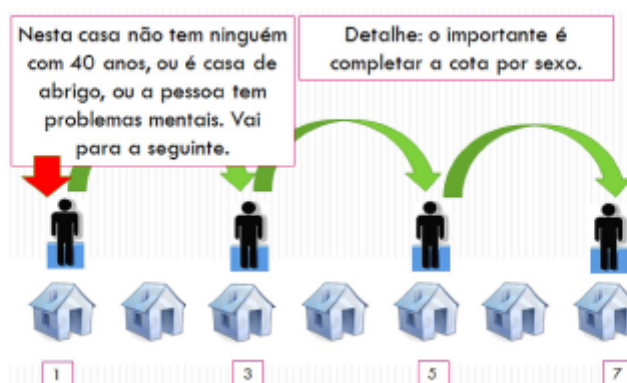
Caso termine os domicílios, mas a cota por sexo não esteja completa, retome a partir da casa 2 seguindo o mesmo espaço seqüencial de casas.



No caso de prédios, siga o esquema abaixo.



No caso de não ter nenhum morador com 40 anos, for caso de abrigo ou asilo, ou pessoas com transtornos mentais ou físicos:



No caso de mais de uma pessoa com 40 anos ou mais no domicílio



4.3 ENTREVISTA

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Elas são importantíssimas, são o código de conduta do entrevistador. Informações específicas são apresentadas mais adiante.

- Quando chegar à frente da casa a ser visitada, bata palmas ou aperte a campainha e sempre aguarde que alguém apareça para recebê-lo. Algumas situações importantes que podem acontecer e como proceder:

- ✓ **Quando o domicílio estiver fechado**, anotar na página um (1) do formulário a data da primeira visita (domicílio fechado = tem como confirmar que pessoas moram no local, mas no momento não se encontram em casa).
- ✓ Se, ao final do trajeto a cota não for preenchida, retornar ao trajeto visitando os domicílios não entrevistados;
- ✓ Casa de repouso ou abrigo não entram na amostragem;
- ✓ Em prédios, considera-se os apartamentos como domicílios – deve-se também sortear entre o primeiro (casa do zelador) e segundo apartamento para saber em qual começa a entrevista.
- ✓ Quando houver duas ou mais casas no mesmo terreno, considerar como domicílios diferentes;
- ✓ Na Ficha de arrolamento, fazer anotações quanto ao *status* da visita e agende o melhor horário para nova visita.

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer morador, mesmo que este fume e lhe ofereça.**

- Use sempre seu crachá de identificação. Se necessário mostre sua carta de apresentação.

- Ao ser atendido, identifique-se mostrando crachá (carteirinha). Apresente-se, em seguida, dizendo, por exemplo: “Boa dia ou tarde! Sou aluno da Universidade Federal do Paraná Setor Litoral e faço parte de uma pesquisa sobre a saúde da população de Matinhos”.

- Pergunte se no domicílio reside alguém de 40 anos ou mais e que resida em Matinhos. Caso resida, pegue um formulário e na capa identifique todos os indivíduos da residência (escreva o nome completo, sexo e idade de cada um). Caso o entrevistado não esteja em casa verifique o melhor horário para o retorno, anote os dados da primeira visita e siga para o domicílio seguinte (e agende na ficha de arrolamento).

- Caso o entrevistado esteja em casa, informe os objetivos da pesquisa. Obtenha o consentimento verbal da pessoa para iniciar a entrevista. Não peça que o entrevistado assine o Termo de Consentimento no início da pesquisa, apenas fale a respeito no final da entrevista.

- **Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.**

- Trate os entrevistados adultos por Sr e Sra, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.

- Chame o entrevistado sempre pelo nome (por ex. Dona Maria, Seu José), assim como as crianças. Jamais chame alguém de tio, tia, vô, vó, mãe, etc. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.

- Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado. Por exemplo: "Dona Maria, agora vamos falar sobre..." e não simplesmente "Agora vamos falar sobre..."

- **"Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.**

- Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta nas pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **neutra** em relação às respostas".

- Leia as perguntas para o entrevistado. Se necessário e conveniente, explique o conteúdo da questão do modo que você achar mais adequado para o entrevistado entender, só não se esqueça de evitar surpresa ou influenciamento das respostas.

- Dê ao paciente o Termo de Consentimento para que seja assinado e informe que isto é apenas um requisito da pesquisa, garantindo a ele o sigilo de todas as informações colhidas. Lembre à pessoa que ela tem o telefone do responsável pela Pesquisa no Termo de Consentimento e poderá ligar para sanar qualquer dúvida.

- **Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.**

- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.

- Mantenha a mão, o seu **Manual de Instruções** e consulte se necessário, durante a entrevista.

4.4. PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS

- Cuide bem de seus formulários. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.

- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.

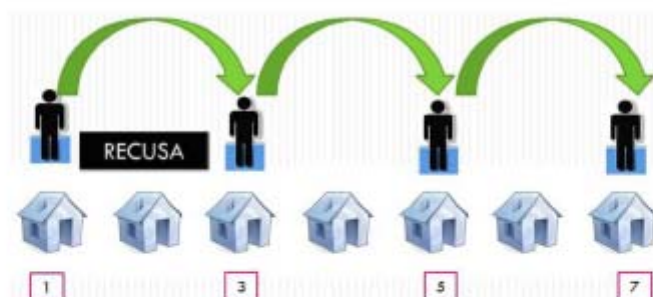
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.

- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco, a não ser as dos pulos indicados no formulário. Faça um risco diagonal no bloco ou questão que está sendo pulada e siga em frente. **Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar ao local da entrevista.**

- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- Datas devem aparecer sempre na ordem: dia - mês - ano e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1952.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** seguro de ter entendido o que foi dito pelo(a) entrevistado(a).
- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do formulário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.
- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao responsável.
- Use o pé da página, o verso ou um diário de campo, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o responsável estas anotações são muito importantes.
- Caso a resposta seja "OUTRO", especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras do informante, quando este espaço existir.

4.5 RECUSAS

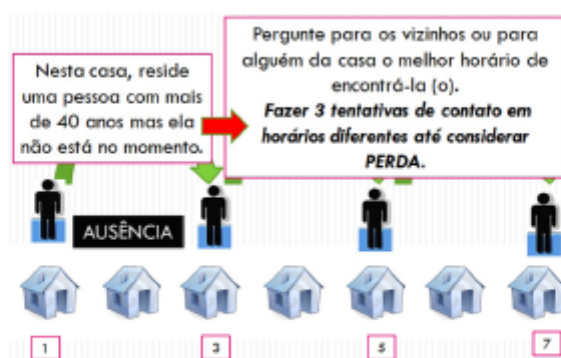
- Em caso de recusa, anotar o motivo na primeira folha do formulário. Mantenha a sequência inicial de domicílios que serão selecionados (uma casa sim, outra não). Diga que entende o quanto à pessoa é ocupada e o quanto responder um formulário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.



- Em caso de recusa, anote o nome da pessoa, sexo, idade e endereço na ficha de arrolamento e passe a informação para o responsável pela pesquisa.

4.6 PESSOA NÃO ENCONTRADA

- Em caso do paciente não ser encontrado, buscar informações com vizinhos sobre melhor horário de encontrá-lo, bem como um telefone para um possível agendamento da entrevista.



4.7 ENTREVISTA/PERDA/EXCLUSÃO

- Em todas as pessoas visitadas, sendo ou não encontradas, aceitando ou não participar da entrevista e possuir ou não critérios para participar do estudo, deve-se anotar no formulário o desfecho do processo, ou seja, se houve entrevista e, se não houve, o motivo (perda ou exclusão).

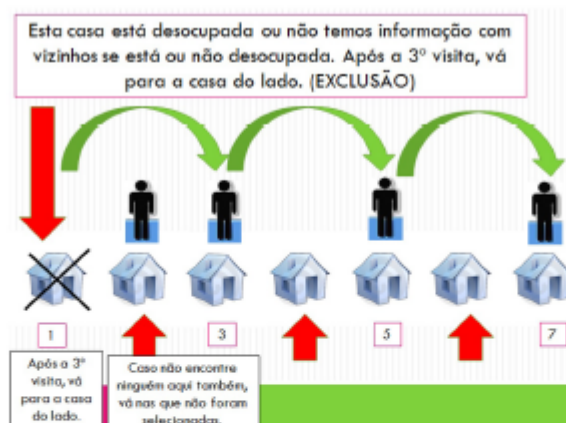
Quando será considerado perda?

É considerado perda quando o indivíduo não for encontrado após três tentativas de entrevista em dias e horários distintos. Quanto mais se minimizar as perdas, melhor qualidade será o estudo. Portanto, lance mão de todos os recursos, como contato prévio por telefone, entrega de folheto explicativo, divulgação em igrejas e associações da comunidade, para evitar as perdas.

Quando será considerado exclusão?

É considerado exclusão quando o indivíduo do domicílio sorteado não for morador permanente de Matinhos, tiver menos de 40 anos, for institucionalizado ou ser portador de deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas, ou de estágios avançados de transtornos mentais que impeçam o entendimento das perguntas e o domicílio estar desocupado após 3 visitas.

Apenas no caso do domicílio estar desocupado, o procedimento a ser realizado é o abaixo.



ATENÇÃO: Casos de perda e recusa CONTABILIZAM a cota de entrevistados. Tendo o indivíduo sido sorteado, ele será contabilizado na cota mesmo que ele se recuse a participar ou não seja encontrado após três visitas em dias e horários diferentes.

5. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS

- Pessoas sem condições físicas ou mentais para responder o formulário são considerados como exclusões (não fazem parte do estudo). Caso o acompanhante ou cuidador se disponibilizar em responder, não aceite. Apenas o próprio indivíduo pode responder sobre sua felicidade.

MUITO IMPORTANTE

- Caso o respondente não entenda a pergunta, explique a pergunta de uma segunda maneira, com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as Opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.

- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao responsável pela pesquisa.

5.1. CODIFICAÇÃO DOS FORMULÁRIOS

- Anote o número do setor censitário, que são os dois últimos números da parte superior direita dos mapas. O número da entrevista será registrado pela coordenadora da pesquisa iniciando por **M(mulher)** ou **H(homem)** e o número da entrevista até que se alcance a cota desejada por sexo. Por exemplo no código 13M12.

<u>13</u>	<u>M</u>	<u>12</u>
Setor censitário	Mulher	Entrevista 12 ^ª da cota

- No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus formulários aplicados.

LEMBRE-SE: Nunca deixe respostas em branco. Observe que as questões possíveis de não terem respostas específicas possuem as opções NÃO, NÃO REALIZA, NÃO LEMBRA, OUTRO, ETC.

Na dúvida não esqueça → Anote tudo

IMPORTANTE: As perguntas do formulário são pessoais. Procure realizar a entrevista em um lugar reservado e sem ninguém próximo, pois a/o entrevistada(o) pode se sentir desconfortável e omitir questões importantes.

Considere as questões relacionadas abaixo para iniciar a pesquisa.

1. Você é morador permanente de Matinhos ou reside por mais de 3 meses consecutivos do ano na cidade?

Sim Não

2. Você tem 40 anos ou mais?

Sim Não

3. Está apto para responder as perguntas, portanto não apresenta impedimento físico/e ou mental para participar?

Sim Não

Se NÃO em uma das 3 perguntas = EXCLUSÃO → NÃO FAZ A ENTREVISTA

A primeira pergunta "O que significa felicidade para você?" é aberta e deve ser gravada e transcrita posteriormente.

O local deve ser calmo e sem barulhos externos, faça teste com o gravador para ver se está tudo certo. Caso a pessoa se sinta inibida para estimular para que ela fale mais sobre o assunto. O entrevistador deve ouvir o entrevistado, respeitar os momentos de silêncio, não discutir com o entrevistado, manter um ambiente de respeito e cordialidade e não emitir juízo sobre as situações que o entrevistado relatar.

BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO

Endereço: Anotar o endereço completo, inclusive o número da residência e se é frente ou fundos, em situações específicas.

Sexo: Apenas observe e anote.

Data de Nascimento? Colocar dia, mês e ano (nesta ordem). Se o entrevistado não souber, peça para ver algum documento ou pergunte a uma outra pessoa da residência.

Estado civil? Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Considere UNIÃO CONSENSUAL o indivíduo que diz morar com alguém maritalmente, porém sem oficializar o relacionamento.

Raça/Cor? Perguntar ao entrevistado como ele considera sua COR. Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar. Esta pergunta pode ser feita da seguinte maneira: **O(a) Sr(a) classificaria sua cor ou raça como:** e dê as opções contidas no formulário.

Renda Familiar? Anote de acordo com o **valor em reais (R\$)** que o paciente referir.

Com quem mora? Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Considere FAMÍLIA quando o entrevistado afirma residir com cônjuge, filhos e outros parentes.

Escolaridade? Anote a última série de estudo e na frente codifique da seguinte maneira:

Analfabeto	Primário Incompleto	Primário Completo	1º Grau Incompleto	1º Grau Completo	2º Grau Incompleto	2º Grau Completo	Superior Incompleto	Superior Completo
------------	---------------------	-------------------	--------------------	------------------	--------------------	------------------	---------------------	-------------------

Se o entrevistado dizer que lê e escreve sem problemas, mas que a alfabetização foi feita por alguém que não a **ESCOLA**, considere esta pessoa **ANALFABETA**.

Situação de Trabalho? Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar. Em caso de dúvida quanto à resposta, anote-a no **OUTRO** para posterior averiguação.

BLOCO 2: FELICIDADE

PERGUNTA 2.1. Cite 3 palavras que lhes vêm imediatamente à lembrança em relação à felicidade e depois enumere da mais para menos importante.

Solicite para que o entrevistado relacione 3 PALAVRAS ou EXPRESSÕES CURTAS com felicidade. Caso o entrevistado não se lembre de 3 palavras, pode ser 2 ou 1. Entretanto dê tempo e respeite a reflexão do indivíduo para que ele possa responder de forma adequada a pergunta. Depois do entrevistado relatar as palavras, as leia para ele enumerá-las em ordem de importância para si.

Das perguntas 2.2. até 2.6. deve-se utilizar a escala de 1 (Discordo plenamente) a 7 (Concordo fortemente). Caso o entrevistado tenha dúvidas em qual alternativa assinalar, as leia novamente com calma e preste atenção na expressão verbal e não verbal do entrevistado. Repetir as opções pode ajudar o entrevistado a responder. Procure não influenciar na escolha da opção e não alterar a expressão facial com as respostas.

BLOCO 3: Qualidade de vida – espiritualidade, religião e crenças pessoais

Das perguntas 3.1. até 3.32. deve-se utilizar a escala de 1 (Nunca) a 5 (Sempre). Caso o entrevistado tenha dúvidas em qual alternativa assinalar, as leia novamente com calma e preste atenção na expressão verbal e não verbal do entrevistado. Repetir as opções pode ajudar o entrevistado a responder. Procure não influenciar na escolha da opção e não alterar a expressão facial com as respostas.

PERGUNTA 3.34 Você tem animais de estimação? Caso sim, vá para a pergunta seguinte. Caso não, pule para a pergunta 3.36.

PERGUNTA 3.36 Você se envolve em algo tão profundamente, que nada parece importar, a ponto de perder a noção do tempo? Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar.

BLOCO 4: ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK

Das perguntas 4.1. até 4.20 deve-se ler as 4 opções referentes a diversos assuntos como tristeza, culpa, fracasso, punição, sono, etc. e ver em qual das alternativas o entrevistado se identifica mais. Leia até o final em todas as opções. Não se surpreenda ou altere a expressão facial caso o entrevistado relate fatos difíceis. Durante a entrevista, não dê conselhos ou opinião.

BLOCO 5: ESTILO DE VIDA

PERGUNTA 5.1 O(a) Sr(a) fuma ou já fumou? Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NÃO, pule para a questão 5.5; e se for JÁ FUMEI, pule para a questão 5.4.

PERGUNTA 5.2 Fuma há quanto tempo? Anote por extenso há quanto tempo ele fuma, em dias, meses ou anos, de forma legível.

PERGUNTA 5.3 Quantos cigarros por dia? Anote por extenso o número de cigarros fumados por dia, de forma legível. Se o entrevistado dizer que fuma números variados, procure anotar o número máximo de cigarros por dia que ele falar.

PERGUNTA 5.4 Há quanto tempo parou? Anote por extenso há quanto tempo o entrevistado parou de fumar, em dias meses ou anos, de forma legível.

PERGUNTA 5.5 Nos últimos 30 dias, você consumiu em uma única ocasião mais de quatro doses (mulheres) ou mais de cinco doses (homens) de bebidas alcoólicas?

Considere resposta SIM quando Mulher afirma que ingeriu 4 doses de bebida destilada, 4 latas de cerveja ou 4 taças de vinho. Homem: 5 doses de bebida destilada, 5 latas de cerveja ou 5 taças de vinho.

Para responder as perguntas 5.6. a 5.11. lembre o entrevistado que serão consideradas respostas válidas apenas para atividades físicas que ele realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez. Leia com calma e explique a diferença entre atividades leves, moderadas e vigorosas. Na dúvida, quem decide a resposta final é sempre o entrevistado.

Pergunta 5.12. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? Anote por extenso a resposta em horas e/ou minutos, de forma legível. Peça para o entrevistado calcular o total de tempo que fica sentado em APENAS UM DIA de semana (segunda a sexta-feira). Solicite ao entrevistado que considere o tempo total que se fica sentado durante o trabalho, em casa, para assistir televisão, no computador, para estudar, ler, comer, etc.

Pergunta 5.13. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana? Anote por extenso a resposta em horas e/ou minutos, de forma legível. Peça para o entrevistado calcular o total de tempo que fica sentado em **UM DIA DE FINAL DE SEMANA** (sábado e domingo). Solicite ao entrevistado que considere o tempo total que se fica sentado durante o trabalho, em casa, para assistir televisão, no computador, para estudar, ler, comer, etc.

Pergunta 5.14. Quantidade de tempo que assiste TV/vídeo por dia. Anote por extenso a resposta em horas e/ou minutos, de forma legível. Se o entrevistado tiver dificuldade de responder, peça para ele escolher a resposta mais adequada para a alternativa. Se a resposta for variável de dia para dia, peça para ele falar a média de quantidade de tempo de assiste TV/vídeo por dia.

Pergunta 5.15 . Quantidade de tempo que fica no computador por dia. Anote por extenso a resposta em horas e/ou minutos, de forma legível. Se o entrevistado tiver dificuldade de responder, peça para ele escolher a resposta mais adequada para a alternativa. Se a resposta for variável de dia para dia, peça para ele falar a média de quantidade de tempo que fica no computador por dia.

Pergunta 5.16. Quantidade de tempo que você se dedica ao lazer e às práticas que dão prazer por dia (família, amigos, passeio, etc.) Anote por extenso a resposta em horas e/ou minutos, de forma legível. Se o entrevistado tiver dificuldade de responder, peça para ele escolher a resposta mais adequada para a alternativa. Se a resposta for variável de dia para dia, peça para ele falar a média de quantidade de tempo que se dedica ao lazer e prazer de si próprio.

Pergunta 5.17. Com referência à qualidade do sono no mês anterior, você alguma vez teve um período de duas semanas ou mais no qual tenha tido... Nesta pergunta é possível ter mais de uma opção marcada.

BLOCO 6: SITUAÇÃO DE SAÚDE AUTO-REFERIDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PERGUNTA 6.1 Sua saúde está: Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar.

PERGUNTA 6.2 O(a) Sr(a) possui pressão alta ou hipertensão arterial? Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 6.3 O(a) Sr(a) possui Diabetes ou alta taxa de açúcar no sangue? Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 6.4 Tem Depressão? Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 6.5 Tem dor crônica? Ao longo da vida, a maioria de nós tem algum tipo de dor de vez em quando (como dor de cabeça comum, dor muscular ou lombar, dor de dente etc.). Nos últimos 3 meses, você tem sentido dor (contínua, não esporádica) ou alguma sensação desagradável /desconfortável /estranha como choque, pontada, peso, queimor, formigamento, dormência? Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se **SIM**, responda a pergunta 6.6, se não **pule** para a 6.7.

PERGUNTA 6.7 Possui plano de saúde? Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Considere **SIM** convênios com empresas ou planos os quais o paciente tem que pagar uma parte da consulta ou exame.

BLOCO 7: CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Considere medicamentos alopáticos, homeopáticos, manipulados, fitoterápicos, florais de Bach. Caso tenha dúvida se é ou não medicamento, anote mesmo assim.

PERGUNTA 7.1 Você faz uso diário de medicamentos (uso contínuo)? Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO: São todos os medicamentos que o entrevistado utiliza sem que haja uma data para o término do tratamento.

PERGUNTA 7.2 Quantos são os medicamentos: **Considere apenas os medicamentos de uso contínuo**

Pergunta 7.4 a 7.7: Estas questões se destinam a avaliar no nível de aderência do paciente aos tratamentos propostos. Leia calmamente as orientações que as antecedem e frise que o entrevistado deve respondê-las **somente em relação aos medicamentos de uso contínuo.**

PERGUNTA 7.3 Qual (is) é (são) o(s) medicamento(s)?

Solicite que o entrevistado mostre a(s) caixa(s) ou bister(s)/cartela(s) de medicamentos utilizados ou mostre a receita médica com a qual pega ou compra os medicamentos. **Anote o nome do medicamento Princípio(s) ativo(s) (PA).** No caso de medicamentos associados (mais de 1 princípio ativo), anote todos os seus princípios ativos. Não precisa anotar a dose nem a posologia (forma como o usuário usa o medicamento).

BLOCO 8: CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP – CCEB)

Antes de entrar nas perguntas deste bloco, explique ao entrevistado(a) que o objetivo é apenas categorizar as pessoas de acordo com o nível econômico para verificar se há alguma influência nos resultados do estudo. É bom reforçar que os dados são sigilosos.

Na sua casa, o(a) Sr(a) tem _____? Quantos(as)? TELEVISÃO EM CORES? RÁDIO? BANHEIRO? AUTOMÓVEL? EMPREGADA MENSALISTA? MÁQUINA DE LAVAR ROUPA? VÍDEOCASSETE OU DVD? GELADEIRA? FREEZER OU GELADEIRA DUPLEX?

Verificar a quantidade dos bens constantes na lista e a situação da escolaridade do chefe da família e circular o valor constante. Fazer, posteriormente, o somatório e verificar a classe econômica daquela pessoa.

Televisor: Considerar apenas as **TV em cores**. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio: Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. **Não pode** ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro: O que define o banheiro é a **existência de vaso sanitário**. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que **ser privativo do domicílio**. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel: Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada(a) doméstica(o): Considerar apenas os **empregados mensalistas**, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir **babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras**, considerando sempre os mensalistas.

Máquina de lavar: Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Vídeo ou DVD Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e freezer: No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação, entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

Em todos os casos de bens, considerar os seguintes casos:

- ✓ Bem alugado em caráter permanente
- ✓ Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- ✓ Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos:

- ✓ Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- ✓ Bem quebrado há mais de 6 meses
- ✓ Bem alugado em caráter eventual
- ✓ Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA?

A definição de chefe de família será feita pelo próprio entrevistado, geralmente se considerando o esposo ou aquele que paga a maior parte das contas da casa. Por escolaridade, entende-se o número de anos completos com sucesso na escola.

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL - PONTOS TOTAL BRASIL (%)

Classe	A1	A2	B1	B2	C1	C2	D	E
Pontos	42 - 46	35 - 41	29 - 34	23 - 28	18 - 22	14 - 17	8 - 13	0 - 7

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Titulo do Projeto: Associação da autopercepção da felicidade e a frequência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em adultos: um estudo de base populacional de Matinhos – PR

Pesquisador Responsável: Milene Zanoni da Silva Vosgerau

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Estadual de Londrina

Telefones para contato: (41) 35118326

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “**Associação da autopercepção da felicidade e a frequência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em adultos: um estudo de base populacional de Matinhos – PR**”, de responsabilidade da pesquisadora Milene Zanoni da Silva Vosgerau.

Essa pesquisa tem por objetivo analisar a associação da autopercepção de felicidade e a frequência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) em adultos residentes permanentemente na zona urbana do município de Matinhos/PR. Este trabalho é importante, pois no Brasil não tem estudos sobre a relação da felicidade e o estado de saúde das pessoas.

Neste estudo serão feitas perguntas, por meio de uma entrevista, a respeito das características pessoais, condição de saúde, felicidade e depressão.

Todas as informações fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados do trabalho serão de forma global e anônimos. O entrevistado não precisará efetuar qualquer tipo de pagamento e não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Em caso de dúvidas o entrevistado pode esclarecer com a própria pesquisadora, Milene Zanoni da Silva Vosgerau, com seu orientador Dr. Marcos Cabrera pelo telefone (41) 3511-8623 e também com o Comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43) 33712490. Entendo que tenho a liberdade de aceitar ou não responder às questões da entrevista e de me recusar a participar no momento em que eu quiser, sem qualquer prejuízo ou risco para mim ou minha família.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Matinhos, ____ de _____ de _____

ANEXOS

ANEXO A – Aceite do Comitê de Ética

 Universidade Estadual de Londrina COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268	
Parecer de Aprovação Nº 013/10 CAAE Nº 0011.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº 317492	Londrina, 03 de maio de 2010.
PESQUISADORA: MILENE ZANONI DA SILVA VOSGERAU CCS/POS GRADUAÇÃO EM SAUDE COLETIVA	
Prezada Senhora: O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto: "AUTOPERCEPÇÃO DA FELICIDADE E A FREQUENCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS EM ADULTOS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM MATINHOS"	
Situação do Projeto: APROVADO Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
Atenciosamente,  Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL	
<small> Campus Universidade Estadual de Londrina (UNUEL), km 01 - Fax 365 72 499 FONE - (51) 33 499 - 1.600 (2000 1.000) - CEP 86051-900 - Londrina - Paraná Hospital Universitário/ Centro de Ciências da Saúde - Av. Robert Koch, 41 - Vila Operária - Fax 365 91.000 FAX2 - Fax 33 461 1.617 1.000 - CEP 86051-900 - Londrina - Paraná </small> <small> LONDRIANA PARANÁ BRASIL </small>	