



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação de Mestrado

Relações entre o stresse, a ansiedade, a depressão com o bem-estar subjetivo: estudo do papel protetor da esperança e do otimismo em sujeitos da região da Amazónia.

Mestranda: Petra Filipe n.º 33305

Orientador Científico: Prof. Doutor Luís Sérgio Vieira

Faro, 2015

**Relações entre o stresse, a ansiedade, a depressão com o bem-estar subjetivo:
estudo do papel protetor da esperança e do otimismo em sujeitos da região da
Amazónia.**

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito.

Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da
listagem

De referências incluídas.

Petra Isadora Ricardo Filipe

Copyright Petra Isadora Ricardo Filipe

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

O pessimista queixa-se do vento, o optimista espera que ele mude

e o realista ajusta as velas”

(William George Ward)

“A esperança é como uma fagulha dos bens futuros na mente, que é alimentada pela serragem. A esperança é como uma certa MEMÓRIA das alegrias invisíveis, que no coração do homem aquece interiormente seus lugares mais escondidos e não permite que se seque pelo frio da infidelidade no inverno do mundo presente. E enquanto a esperança viver em nossa mente, nunca se secará a árvore da sabedoria, mas assim como o verdor do tronco conserva-se ileso enquanto for mantido o equilíbrio do humor e do calor, assim também a alma não pode secar quando o calor do Espírito Santo irradia e a nutre pelo alto e a aplicação à boa operação a rega por baixo.”

(Hugo de São Vítor)

“A melhor maneira de prever o futuro é criá-lo”

(Peter Drucker)

Porque... “Um Guerreiro não precisa que ninguém lhe recorde a ajuda dos outros; ele lembra-se sozinho, e divide com eles a recompensa...” e porque este é muito mais que um trabalho de investigação...dedico-o:

Ao Professor Sérgio Vieira,

Por me ter recebido, por me ter ensinado, por ter confiado e partilhado, por ter tido sempre uma solução e um sorriso nos trilhos desta investigação.

Mas acima de tudo por demonstrar a todo o momento que um verdadeiro educador se faz de princípios e valores, que jamais serão esquecidos.

Às especiais amigas Manuelisa Cardoso, Teresa Souza, Tania Patranito, Ana Neto , Miguel Gouveia,

mais que colegas, mais que ombros, mais que comparsas...esta é só mais uma etapa!

Ao Pedro Sérgio,

por ser o meu ar depois de cada mergulho...

À minha Prima,

por demonstrar sempre a sua disponibilidade, o carinho ternura e dedicação, sem ela tudo seria certamente mais difícil.

Aos meus irmãos,

que no seu abraço conjunto me guiaram, me encorajaram e lutaram...e se orgulham...

À minha Mãe e ao meu Pai,

pela presença pelo carinho e amor intenso e caloroso...por vocês sempre que me levantei, lutei e cheguei!

Às minhas filhas,

o meu sorriso, a minha força, a minha coragem, a minha vontade, a minha fé, a minha esperança num novo e sempre novo amanhã.

A Todos Obrigado!

Resumo

O presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação desenvolvida por uma equipa internacional de investigadores, brasileiros e portugueses, liderada pela Universidade Federal do Amazonas, intitulada “Mapeamento do contexto socioeducativo e avaliação do bem-estar subjetivo, bem-estar psicossocial, resiliência, otimismo e esperança de povos e comunidades tradicionais do Amazonas, analisando seus efeitos sobre o exercício da cidadania”.

Com recurso a uma base de dados que integra informação sobre 382 participantes, analisámos as relações entre manifestações representativas de perturbação da saúde mental - como o stresse, a ansiedade e a depressão – com a manifestação psicológica de felicidade ou bem-estar subjetivo. Analisamos, ainda, o papel protetor do otimismo e da esperança, na influência das expressões de perturbação mental sobre o bem-estar subjetivo

O nosso foco em facetas psicológicas positivas decorre da função preventiva preconizada pela psicologia positiva e pelas abordagens positivas da psicologia clínica e da saúde.

Dadas as características particulares da amostra analisámos, também, as relações das dimensões psicológicas com fatores da esfera cultural como a etnia, bem como com comportamentos relacionados com a saúde, como é o caso do recurso a apoio psicológico especializado.

Palavras-chave: stresse, ansiedade, depressão, otimismo, esperança e bem-estar subjetivo

Abstract

This study falls within the framework of a research conducted by an international team of researchers, Brazilian and Portuguese, led by the Federal University of Amazonas, titled “Mapping the social and educational context and assessment of subjective well-being, psychosocial well-being, resilience , optimism and hopes of peoples and traditional communities in the Amazon, analyzing their effects on the exercise of citizenship”

Using a database that includes information on 382 participants, we examined the relationship between representative manifestations of mental health disorder - such as stress, anxiety and depression - with the psychological manifestation of happiness or subjective well-being. We have analyzed also the protective role of optimism and hope, the influence of the expressions of mental disorder on the subjective well-being

Our focus on positive psychological facets stems from the preventive function advocated by positive psychology and the positive approaches of clinical psychology and health.

Given the particular characteristics of the sample we analyzed also the relations of the psychological dimensions of the cultural sphere with factors such as ethnicity, as well as health-related behaviors, such as the use of specialized psychological support

Keywords: stress, anxiety, depression, optimism, hope and subjective well-being

Índice

Resumo

Abstract

Introdução 1

Parte I

Enquadramento Teórico

Capítulo I – Conceitos chave na psicologia positiva: o bem-estar subjetivo, o otimismo, e a esperança.

1. Potencial humano como foco central da Psicologia Positiva 3

2. Bem-estar subjetivo: definição, evolução do conceito e modelos teóricos

 2.1. Definição e evolução do conceito 5

 2.2. Modelos teóricos: das abordagens *Bottom-up*, *Top-down* ao modelo Integrativo 8

 2.3. A influência da cultura no Bem-estar Subjetivo 11

3. Otimismo: definição, papel e sua relação com o Bem-estar Subjetivo 13

4. Esperança: definição papel e relação com o Bem-estar Subjetivo 16

Capítulo II: Stresse, Ansiedade e Depressão

5. Definição conceptual do stresse, ansiedade e depressão 19

 5.1. Estratégias de *coping* e procedimento terapêutico 24

 5.2. Contributos da esperança, do otimismo e do bem-estar subjetivo 29

6. Objetivo e Hipóteses 32

Parte II

Parte Empírica

7. Método	
7.1. Participantes.....	34
7.2. Instrumentos.....	35
7.3. Procedimentos.....	38
8. Resultados.....	39
9. Discussão.....	48
Conclusão.....	57
Referências bibliográficas	60
Anexos	65
Anexo I - Parecer Consubstanciado do CEP	

Introdução

É do conhecimento geral que, as atuais transformações na sociedade, sobretudo no que diz respeito à competitividade, à (in)justiça e (des)igualdade social, ao preconceito, ao desemprego, estão associadas a manifestações patológicas do foro psíquico, nomeadamente o stresse, a ansiedade e a depressão. Tal situação determina uma maior exigência das capacidades de adaptação física, mental e comportamental do Ser Humano (Mascarenhas & Ribeiro, 2010). Nestas circunstâncias, o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida dos sujeitos encontra-se comprometida, logo a promoção e manutenção da saúde física e psicológica é uma forma de combater este fenómeno, desenvolvendo comportamentos viáveis através da educação e reeducação transversalmente a outras aprendizagens significativas e reflexivas.

As capacidades psicológicas positivas como o otimismo e a esperança poderão ser uma possível resposta como estratégia de intervenção psicológica preventiva. Conceito esse entre outros que foram abordadas durante muitos anos apenas em literatura de livros populares, como os conhecidos livros de autoajuda e autodesenvolvimento. Porém, recentemente a comunidade científica tem-se debruçado sobre esta área e as evidências da importância do seu estudo começam a surgir. Reconhecendo cada vez mais aspetos positivos no âmbito da saúde física e mental. Novas investigações sobre força e potencialidade humana centram-se num novo paradigma que envolve emoções positivas, desprovidas até então na literatura tal como refere Myers & Seligman (2000). O foco não deverá apontar somente num foco centrado no diagnóstico e tratamento nas debilidades e percas, mas também na utilização da força e virtudes humanas (Passareli & Silva, 2007).

Ao nível da estrutura, o presente documento está organizado em duas partes, sendo que a primeira parte detém dois capítulos. Numa primeira parte, no primeiro capítulo efetuasse uma abordagem teórica que compreende uma breve revisão da literatura sobre os conceitos de esperança, do otimismo e do bem-estar subjetivo onde será ainda analisado a cultura no bem-estar subjetivo, linha essa de investigação que provavelmente se tornar mais significativa ao longo do tempo, reconhecendo a cultura como uma vertente pertinente para a intervenção psicológica, nomeadamente no stresse, na ansiedade e na depressão. No Capítulo dois efetuou-se uma abordagem teórica que compreende uma

breve revisão da literatura sobre o stresse, ansiedade e depressão, envolvendo as estratégias de *coping* e procedimento terapêutico bem como os contributos da esperança, do otimismo e do bem-estar subjetivo na expressão da saúde mental.

Numa segunda parte consagramos à apresentação do trabalho empírico desenvolvido. Na metodologia é feita uma descrição da amostra, dos instrumentos utilizados e do procedimento adotado para a recolha dos dados. Por fim, transpomos à apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos.

A findar, apresentamos as conclusões do estudo, o seu contributo para a compreensão de todos os fenómenos ligados ao nosso objetivo e as suas limitações, bem como as sugestões para investigações futuras.

Parte I

Enquadramento Teórico

Capítulo I – conceitos chave na psicologia positiva: o bem-estar subjetivo, o otimismo, e a esperança.

Para a apresentação do presente estudo torna-se perentório analisar a literatura e as origens da Psicologia Positiva que culminaram, entre muitos outros aspetos, na adoção de novos modos de interpretar e de intervir na prevenção do stresse, da ansiedade e da depressão (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Esta alteração nos objetivos e no interesse, na perspetiva para um novo posicionando - inovador – quanto à direção da psicologia, constitui um marco na história desta ciência.

A relação dos conceitos de otimismo, de esperança e de bem-estar subjetivo como constituintes do domínio psicológico positivo e expressão saúde psicológica e mental, será evidenciada e suportada com a revisão da literatura que irá fundamentar as nossas questões de investigação.

1. O potencial humano como foco central da Psicologia Positiva

Como refere Martin Seligman (2002), o movimento da psicologia positiva foi uma reação à atenção que a psicologia, em geral, sempre dedicou aos aspetos negativos e patológicos do funcionamento e comportamento humano. Ao longo dos anos, a sociedade, no geral, e a investigação e pesquisa académicas, em particular, concentraram-se primordialmente nos aspetos negativos, nos problemas e nos erros das pessoas, tentando tratar e resolver essas mesmas fraquezas. Na realidade, o objetivo da Psicologia Positiva é alterar esse foco e tentar corrigir falhas, prevenir problemas e construir ou reforçar forças nas pessoas. A Psicologia Positiva centra-se, assim, ao nível da avaliação que cada pessoa faz das suas experiências subjetivas ocorridas no passado; da esperança e do otimismo direcionados para o futuro; ou na alegria no presente. Ao nível individual, a psicologia positiva valoriza a capacidade de amar, a coragem, habilidades interpessoais, a sensibilidade estética, a perseverança, a capacidade de perdoar, a criatividade, a espiritualidade, a sabedoria, entre outros, ou seja, aspetos positivos de cada sujeito. Ao

nível de grupos destaca-se essencialmente nas virtudes cívicas tal como a responsabilidade, a nutrição, a civilidade, o altruísmo, a moderação/tolerância e a ética laboral (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Nos anos 50, Maslow e a corrente Humanista já alertavam para a importância dos aspetos positivos do comportamento na saúde das pessoas, porém, o relevo positivo viria a surgir mais tarde. Na altura, esta abordagem positiva não se desenvolveu por motivos variados. As agendas pouco científicas e os acontecimentos com grande impacto económico e social, como a 2.^a Guerra Mundial, conduziu a Psicologia Clínica para um foco mais acentuado no diagnóstico e no tratamento de patologias, e, a Psicologia Social, para uma maior preocupação com as disfunções e os desvios do comportamento humano, consolidando-se uma abordagem da psicologia mais negativa (Paludo & Koller 2007).

Há poucos anos, com a entrada no novo milénio, Martin Seligman, como presidente da *American Psychological Association*, e um grupo de investigadores deram, finalmente, início a uma importante abordagem positiva aos aspetos psicológicos, com o objetivo de construir um campo teórico e metodológico cientificamente sustentado que permitisse promover e descobrir como é que os indivíduos, os grupos, as organizações e as comunidades prosperam e têm sucesso nas várias dimensões das suas vidas. Este novo movimento ficou conhecido como a abordagem da Psicologia Positiva, definindo como principal objetivo a identificação e estimulação das qualidades positivas que as pessoas possuem, ajudando-as a encontrar o que lhes fomenta a autorrealização através das suas forças (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Como afirmam os autores, “a nossa mensagem é lembrar que o campo da psicologia não é só o estudo da patologia, fraquezas e danos; é também o estudo das forças e virtudes. Tratar não é só solucionar o que está mal; é também desenvolver o que há de melhor” (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, p. 7).

Algumas teorias recentes têm procurado realçar a importância do estudo dos fenómenos positivos, como é o exemplo da Teoria do Alargamento e Construção (*Broaden and Build Theory*) de Barbara Fredrickson (2003). Segundo esta teoria, as emoções positivas ajudam-nos a resolver problemas relacionados com o crescimento e desenvolvimento pessoal, tendo um carácter adaptativo e não imediato, ao contrário das emoções negativas que nos ajudam a resolver problemas de perigo eminente. Segundo a autora, as emoções positivas alargam o estado mental momentâneo dos indivíduos, e como tal, ajudam a construir recursos pessoais duradouros, uma vez que a experiência de

estados emocionais positivos conduzem à emergência de estados mentais e comportamentos positivos, preparando os indivíduos para situações difíceis no futuro.

Vários são os estudos que demonstram que, quando uma pessoa se sente bem, o seu pensamento torna-se mais criativo, integrado, flexível e aberto a nova informação. Ao contribuir para o alargamento da atenção e do pensamento, as emoções conduzem, assim, à descoberta de novas ideias e ações e ao estabelecimento de laços sociais significativos. Desde modo, as emoções positivas estimulam não apenas o desenvolvimento de recursos intelectuais, mas também de recursos físicos, psicológicos e sociais (Fredrickson, 2003). A autora adianta, ainda, que os indivíduos que sentem regularmente emoções positivas entram numa espécie de espiral de contínuo crescimento e prosperidade.

A Psicologia Positiva acabou por lançar as bases para o surgimento da investigação em torno da felicidade, do bem-estar subjetivo, do otimismo, da esperança, entre outros construtos. A atenção por dimensões cognitivas e afetivas integradas num construto psicológico, nomeadamente as emoções positivas e os processos avaliativos sobre a vida, determinaram o interesse da comunidade científica pelo conceito Bem-estar subjetivo. Este construto decorre de uma abordagem recente, multidimensional e complexa, manifestada ao longo das últimas décadas, este fenómeno contribui, ainda, para a qualidade de vida (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Em sentido contrário, a literatura tem verificado que os fenómenos de stresse, da ansiedade e da depressão são fatores que diminuem a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo, com repercussões a nível físico, mental e psicossocial.

Sustentada nos paradigmas da Psicologia Positiva, uma nova abordagem na intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde procura incluir tanto ao nível da prevenção de patologias como ao nível do tratamento das mesmas, olhares que expliquem o comportamento positivo, o fortalecimento dos aspetos positivos e as necessidades neste âmbito.

2. Bem-estar subjetivo: definição, evolução do conceito e modelos teóricos

A origem teórica do conceito bem-estar foi alvo de diversas investigações, Wilson foi o primeiro responsável a estudar o conceito de bem-estar subjetivo (BES) (1960; citado por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), mas já no século XVIII, durante o Iluminismo

foi dada importância à realização pessoal e à felicidade acreditando que o desígnio da existência da Humanidade é a vida em si mesma. Mais tarde, já no século XIX, este princípio, através do Utilitarismo, defendia que uma sociedade melhor tem de dispor de felicidade por um maior número de pessoas (Veenhoven, 1996). O termo Bem-estar encontrava-se inicialmente ligado ao Bem-estar Material (*Welfare*), associado à Economia, nomeadamente à forma como o indivíduo avaliava os seus bens, os seus rendimentos e o bem-estar que conseguia obter através dos mesmos (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Numa segunda fase, no século XX, viveu-se uma mudança de valores pós-materialistas e o termo qualidade de vida é encaixado, numa conceptualização mais abrangente do bem-estar subjetivo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Deste modo, a satisfação com a vida e a felicidade tornaram-se os indicadores específicos da experiência subjetiva de bem-estar (Diener, 2000).

O centro de investigação passou assim a contemplar a construção e testagem de teorias que explicam os fatores que predizem o bem-estar subjetivo nos sujeitos, nomeadamente as características de personalidade e as metas pessoais (Diener & Biswas-Diener, 2000).

2.1. Definição e evolução do conceito

Para definir o conceito de bem-estar subjetivo é imperativo anotar a associação dos conceitos bem-estar subjetivo e felicidade como alvo de herança histórica que tem prosperado ao longo dos tempos. Para Diener (2000) e Seligman (2002) o bem-estar subjetivo é, ainda, chamado de felicidade, caracterizado como uma dimensão positiva da saúde, e esta tornou-se objeto psicológico de estudo empírico (Simões et al., 2006). Os pressupostos da avaliação de felicidade passa por cada sujeito ter o direito de decidir se a sua vida é ou não satisfatória, cabendo ao investigador aceitar esse ponto de partida. Para Diener (2000), a felicidade altera de sujeito para sujeito, conforme as suas características pessoais, como a idade, género, educação, estado de saúde, religião, valores, desejos, objetivos, condição socioeconómica e personalidade.

Diener et al. (1999) reconhecem que a avaliação e a perceção que cada sujeito faz do bem-estar subjetivo afeta diversos fatores, muitos deles dependentes da própria individualidade do sujeito. As investigações conduziram o seu interesse para o estudo dos

processos que sustentam a felicidade (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999), ou seja, indo para além da descrição dos atributos de pessoas felizes.

Nesta ótica o bem-estar subjetivo constitui um campo de estudos que procura compreender as avaliações que as pessoas fazem das suas vidas (Diener, Suh & Oishi, 1997).

Perante este interesse científico surgiram, diversas teorias dedicadas ao conceito bem-estar subjetivo. O modelo de maior aceitação assenta num paradigma que se faz representar por um modelo tripartido envolvendo duas dimensões, uma dimensão cognitiva (satisfação com a vida) e uma dimensão afetiva, integrando dois fatores distintos (afeto positivo e afeto negativo) (Diener & Biswas-Diener, 2000; Diener, Sapyta, & Suh, 1998; Diener, Suh, & Oishi, 1997; Oishi, Diener, Lucas & Suh, 1999).

A satisfação com a vida consiste na avaliação que o sujeito faz da sua vida, nomeadamente a vários domínios tais, como o casamento, a amizade e o amor, que podem ainda ser subdivididos em facetas. O BES não é uma avaliação limitada nem uma situação particular, mas sim uma medida global da vida, no entanto, pode ser avaliado de forma específica (Diener, Suh & Oishi, 1997).

Já a dimensão afetiva nomeadamente o afeto positivo refere-se à vivência de sentimentos e emoções positivas e/ou agradáveis, que podem ser constituídas por emoções específicas, como a alegria, o amor o contentamento e o orgulho. Contrariamente, o afeto negativo reforça a experiência de sentimentos e emoções desagradáveis, como a culpa, a depressão, a preocupação, a vergonha, a tristeza, a raiva e a ansiedade (Diener, Suh & Oishi, 1997). Porém a possibilidade de coexistência da afetividade positiva e a afetividade negativa ao mesmo tempo é possível ocorrer ainda que uma delas se revele dominante.

Segundo Diener & Larsen, (1984), os afetos são tendencialmente estáveis, ainda que estudos tenham demonstrado que algumas pessoas apresentam oscilações de humor ao longo do tempo, presumindo-se que esta variante poderá estar relacionada com os traços de personalidade (citado por Gadermann & Zumbo, 2007). Apesar disso Diener (1994), refere que as pessoas que experienciam grande parte do tempo emoções positiva, ainda que passem por alguns momentos da sua vida no qual vivenciem afetos negativos, passado algum tempo retornam aos níveis elevados de afetos positivos. Na generalidade,

as pessoas apresentam níveis estáveis na percepção de seus afetos (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005).

2.2. Modelos teóricos: das abordagens *Bottom-up*, *Top-down* ao modelo integrativo

Através das diversas abordagens do BES, ocorrem dois tipos de teorias e modelos explicativos quanto à satisfação com a vida, definidos como *bottom-up versus top-down* Diener, Sandvik & Pavot, (1991, citado por Giacomoni, 2004). A perspectiva *bottom-up* do BES é considerada como um efeito cumulativo, a felicidade e a satisfação com a vida constitui a soma de pequenas experiências positivas que a pessoa vai vivenciando ao longo da sua existência (Galinha, 2008). Procura estudar aspetos externos como, condições materiais eventos de trabalho, família e lazer sobre a experiência subjetiva dos sujeitos Por sua vez, a teoria de *top-down* é balizada como uma causa, que prevê o padrão do sujeito e a forma como avalia e percebe as experiências de vida (positiva ou negativa) (e.g., Compton, 2005; Giacomoni, 2004) procura, assim, estudar as habilidades interpessoais e testarem características intrapessoais (afetivos e cognitivos) dos sujeitos (Brief et al., 1993; Feist et al., 1995), (citado por Galinha & Pais Ribeiro, 2011).

As variáveis interpessoais são determinantes e mais fortes no BES do que os fatores contextuais (Galinha & Pais Ribeiro, 2011) essa leitura verificou-se após os cientistas observarem que duas pessoas no mesmo contexto podem avaliar o seu BES de forma diferente. Os investigadores concluíram também que os fatores contextuais podem ser preditores de BES no presente, enquanto os fatores interpessoais podem ser importantes preditores a médio e longo prazo. Nesse sentido é patente uma tendência de investigação em torno da abordagem *top-down* destacando mais uma vez a personalidade como valor fundamental na predição do BES (DeNeves & Cooper, 1998).

Desde modo os estudos empíricos deram continuidade e posicionaram a personalidade e predisposição positiva como principais preditores do BES (Lucas, 2008). Nesta linha de investigação, a área das teorias da personalidade foram fundamentais para facultarem informações elementares na pesquisa da relação entre a personalidade e o bem-estar subjetivo, as causas destas relações, a sua estrutura e funcionamento. Todavia independentemente das teorias em que os autores se apoiavam para desenvolver objetivos de avaliação da personalidade e análises fatoriais desses instrumentos. As pesquisas têm demonstrado invariavelmente o poder deste preditor no BES, sustentado por várias

revisões de estudos (por exemplo, Diener & Emmons, 1984; Emmons & Diener, 1985; Hotard, McFatter, McWhirter, & Stegall, 1989; Kendell, Mackenzie, West, McGuire, & Cox, 1984; Kirkcaldy, 1984; Meyer & Shack, 1989; OTVialley & Gillett, 1984; Thayer, 1989; Thayer, Takahashi, & Pauli, 1988; Warr, Barter, & Brownbridge, 1983; Watson, 1988; G. d. Williams, 1981) os quais nomeiam os fatores de Neuroticismo e Extroversão que melhor explicam BES. Costa e McCrae (1980), concluíram mesmo que Extroversão é um bom preditor de afeto positivo e Neuroticismo um bom preditor de afeto negativo (citado por Larsen & Ketelar, 1991). Outro dos modelos mais recentes na contribuição da análise do BES, associadas igualmente aos modelos de personalidade foram as teorias relativas aos processos de adaptação e *coping* componentes centrais nas mais atuais teorias BES, que envolve os processos de adaptação ou habituação em condições contínuas e a forma como lidamos com as situações (Giacomoni, 2004).

Numa nova etapa teórica composta por características e objetivos diferentes de estudos associados ao BES, verificou-se necessidade de procura de um melhor entendimento dos processos psicológicos inerentes às diferentes medidas de BES, acabando por privilegiar o entendimento da dinâmica e interação entre vários fatores do BES influenciado por múltiplas variáveis, o estado emocional do indivíduo, eventos passados, as expectativas do futuro e comparações sociais (Diener & Biswas-Diener, 2000). A importância dos processos psicológicos tornou-se pertinente e os Psicólogos Clínicos reconheceram o BES, como uma componente fundamental da Psicologia Clínica, apesar de não se limitarem exclusivamente a esse estudo (Diener, Suh & Oishi 1997), e tão-somente a abordagem e tratamento de estados indesejáveis do Bem-estar subjetivo.

Esta dinâmica de investigação defende assim variadas formas de medir BES com vista a identificar diferentes preditores, alguns destacam uma maior associação da dimensão cognitiva do Bem-estar subjetivo a variáveis contextuais e a dimensão afetiva a variáveis de personalidade Schimmack, Schupp & Wagner (2008, citado por Galinha & Pais-Ribeiro, 2011). Na opinião de vários autores o uso das medidas cognitivas e afetiva e dimensões do BES deveriam ser separadas a fim de identificar diferentes preditores do BES (Diener, 2000; 2006), por sua vez diversos estudiosos defendem a importância do uso separado de medidas dos afetos positivos e negativos do BES admitindo que ambos exercem relações independentes e produtividade diferentes, com diversas variáveis. Já outros cientistas têm defendido a importância de analisar vários níveis de medidas de BES

- globais e específicos - a fim de identificar diferentes preditores (Schwarz & Strack, 1999; Sirgy, 2002). Nesse seguimento estudos empíricos dentro da mesma linha de investigação demonstraram que as medidas globais correlacionam menos com fatores contextuais do que as medidas específicas tais como a satisfação com a vida, revelam ainda maior estabilidade ao longo do tempo (Diener, 1999). Os resultados dos estudos de Diener, Napa-Scollon, Oishi, Dzokoto e Suh (2000), utilizando as medidas específicas e globais, que refletem influências de cima e de cima para baixo, descobriram que as medidas globais do BES é influenciado por característica interpessoais tais como a predisposição de cada sujeito, (citado por Galinha & Pais-Ribeiro, 2011), conforme representação da figura 1.

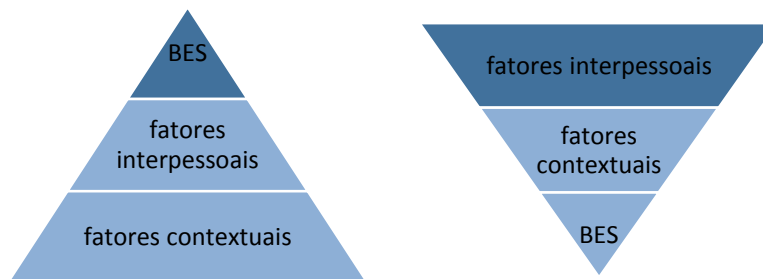


Figura 1: Representação de baixo para cima, modelos teóricos de cima para baixo e integrativo da BES

Nesta sequência, o modelo integrativo assume que tanto as dimensões gerais da personalidade como a natureza das circunstâncias de vida influenciam a forma como a pessoa compreendem os eventos da sua vida, interpretação que irá influenciar o bem-estar do sujeito (Brief, et al.,1993).

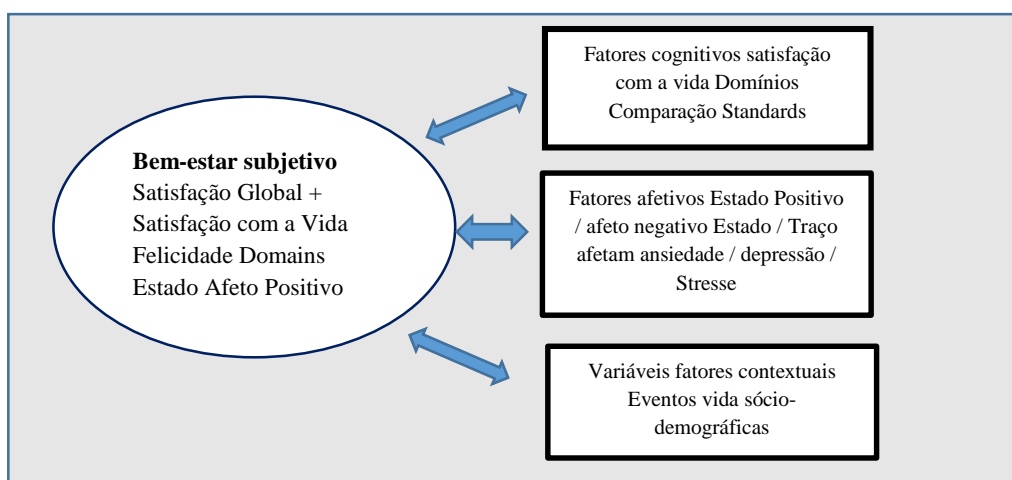


Figura 2: Representação das relações entre as medidas subjetivas bem-estar e cognitivos, afetivos e variáveis contextuais (fonte: Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

Não obstante a contribuição da perspectiva integrativa que enfatiza uma interação dinâmica é pertinente aprofundar e continuar a explorar a relação entre os diversos fatores (Figura 2), bem como a compreensão da relação entre preditores e medidas diferentes (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

2.3. A influência da cultura no Bem-estar Subjetivo

Para compreender se os estudos ao nível da cultura apresentam uma universalidade ou se por outro lado variam culturalmente é essencial. Apesar da existência de várias investigações neste âmbito (e.g., Diener & Diener 1995; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Schimmack et al., 2002), poucos são os trabalhos que incidam em populações mais particulares, como as etnias e os grupos indígenas. Tal ausência de estudos deve-se possivelmente à avaliação, pois para avaliar qualquer aspeto de uma cultura é necessário relativizar o valor e a integridade cultural, e nesse sentido esta temática confina a aspetos sensíveis ao nível social, chegando mesmo a ser a ser qualificada como um tabu Shweder, (2000 citado por Diener & Tov, 2007).

Na realidade devemos evitar julgar outras culturas comparativamente aos padrões da nossa própria cultura, dessa forma o relativismo cultural deve ser moderado evitando ser levado ao extremo, Segundo Edgerton (1992), o relativismo cultural se for levado ao extremo irá servir como impedimento por exemplo de proferir os Nazis na Alemanha, ou o Camboja sob o Khmer Rouge, que acabaram por contribuir em muitos aspetos para culturas indesejáveis. Presume-se que nem todas as experiências culturais são adaptativas, algumas podem mesmo ser prejudiciais e só desta forma com relativismo cultural prudente se pode avaliar o sucesso de uma cultura (Diener & Tov, 2007).

Nesta ótica o critério de avaliação do BES detém um papel pertinente numa sociedade, conseguindo verificar a sua funcionalidade, e permitindo comprovar o BES, logo podemos fazer uma leitura desta índole: se maioria do seu povo se encontrar descontente este resulta de um povo mais deprimido (Diener & Tov, 2007).

Para Diener, Oishi e Lucas (2003) a felicidade encontra-se tão-só dependente da satisfação das suas necessidades básicas, no entanto estas não garantem a felicidade universal. Verificaram, contudo, que variáveis como a saúde e a satisfação são desejáveis na maior parte das culturas. A investigação tem revelado, por um lado, que os níveis de satisfação de vida são consistentes em diversos países, ainda que tenham demonstrado

algumas oscilações ao longo do tempo. Os estudos revelam ainda níveis de satisfação de vida diferentes dentro de grupos culturalmente também diferentes (Diener & Tov, 2007).

Os autores E. Diener e ML Diener (1995) ao investigarem a estrutura e as causas do BES em diferentes culturas, observam que a autoestima se correlacionava mais fortemente com a satisfação de vida em individualista, do que em culturas coletivistas. Lee, Aaker e Gardner (2000, citados por Diener, Oishi & Lucas, 2003), explicaram que pensar em si próprio como membro do grupo étnico, ou seja, pensar de uma forma demasiado coletivista conduz a uma série de pensamentos de cariz mais negativo com atitudes por exemplo, de evitamento e isolamento. Ao contrário pensar sobre si como independente do grupo, de uma forma mais individualista, leva a pensamentos mais positivos (por exemplo, aproximação aos outros e definição de objetivos de vida). Outros estudos relevantes atestaram que a satisfação financeira previu mais fortemente na satisfação de vida em países pobres do que nos países ricos (Diener & Diener, 1995). Os autores Diener, Oishi e Lucas (2003) acrescentam, as principais dimensões que diferenciam os níveis de BES entre culturas como o autoaperfeiçoamento em oposição com a autocrítica, ou seja, as evidências revelam diferenças na forma como a autovalorização (autorreforço) é experienciado e valorizado entre as diferentes culturas. Outras duas dimensões que demonstram diferenciar, culturalmente os níveis de BES são a aproximação em oposição com o isolamento.

Nos primeiros estudos observaram que os níveis de felicidade são superiores em culturas individualistas ricas Schyns (1998, Diener & Diener, 1995), as pessoas de países mais ricos, com maior liberdade e ênfase no individualismo, tendem a demonstrar maior BES, talvez porque os individualistas detenham maior capacidade de seguir os seus próprios interesses e desejos com maior autorrealização (Diener & Tov, 2007). Em contrapartida nas nações individualista as taxas de suicídio e divórcio são mais elevadas, supostamente devido a uma menor intensidade de suporte social perante situações problemáticas. Essa realidade não ocorre com países mais pobres, pois a estrutura é mais segura, apesar dos países mais pobres originarem menos pessoas muito felizes, experimenta níveis menos extremos de BES, bem como menos pessoas isoladas e deprimidas. Nesta sequência podemos aferir que se a cultura é de cariz mais individualista ou mais coletivista, que predispõem os indivíduos para uma maior ou menor facilidade em sentir satisfação com a vida (Diener & Ryan, 2009). Os mesmos investigadores enquadraram a cultura como um processo dinâmico podendo sofrer alterações. Vários são

os estudos de diferenças culturais na sua padronização e conteúdos, assim como nas causas e correlatos do BES. Algumas emoções podem ser entendidas da mesma forma em todas as culturas, enquanto outras contém diferentes significados conotativos. Consoante as componentes do estudo específico o efeito da cultura pode variar, esta variação pode ocorrer com diferentes conjuntos de conhecimento cultural. Mesmo onde as componentes do BES são diferentes, as culturas podem ser alvo de comparação de acordo com os seus próprios critérios de medição no âmbito do alcance de metas e experiências culturalmente valorizadas (Diener & Tov, 2007). A frequência e normas percebidas por emoções agradáveis e desagradáveis podem também se modificar e no caso das emoções desagradáveis existe uma tendência maior dentro das próprias culturas do que entre culturas Eid & Diener, 2001; Scollon et al., (2004, citado por Diener & Tov, 2007). De ressaltar que os indivíduos de diferentes raças em contacto umas com as outras, ao nível da construção da sua identidade, dos seus valores, padrões de comportamento e atitudes não se adaptam à sociedade nos hábitos culturais onde se inserem uma vez que os grupos étnicos não perdem os seus valores (Neto, 2008).

3. Otimismo : definição, papel e sua relação com o Bem-estar Subjetivo

O otimismo é reconhecido, cada vez mais, pelas pessoas, em geral, e pelos psicólogos, em particular, como uma dimensão com relevantes impactos positivos na saúde física e psicológica (Scheier & Carver, 1992)

Para Scheier e Carver (1985), sob uma perspectiva disposicional ou de traço, o otimismo é definido como uma expectativa generalizada de que irão acontecer coisas boas no futuro, por oposição ao pessimismo que é a expectativa de que coisas más vão acontecer. Por outro lado, e numa perspectiva que considera o otimismo como estado, Peterson e Chang (2003) argumentam que esta expectativa de resultados positivos depende da forma como as pessoas explicam as causas dos eventos negativos.

Seligman (1998), usa o termo estilo explanatório para descrever como os indivíduos atribuem as causas de falhas, azares e maus acontecimentos. Os pessimistas tendem a fazer atribuições internas (sua própria culpa ou falha), estáveis (duráveis) e globais (vai determinar tudo o que fizerem), enquanto os otimistas tendem a fazer atribuições externas (não é sua culpa ou falha), instáveis (não duráveis) e específicas (problema de situação específica).

De um modo geral, os psicólogos da psicologia positiva encaram o otimismo como uma característica positiva em termos dos resultados positivos das expectativas ou como uma atribuição causal positiva. Assim, as crenças positivas podem traduzir-se de algum modo em resultados positivos pela simples ação de profecias auto-confirmatórias, pelo que os indivíduos otimistas terão uma maior probabilidade em entrar em ambientes onde coisas positivas podem acontecer e realmente acontecem (Peterson & Chang, 2003). Existe uma ligação conceptual entre o otimismo disposicional e o estilo explanatório ou atribucional que reside no facto de ambos assumirem que as consequências do otimismo e do pessimismo são resultantes das diferenças nas expectativas (Scheier & Carver, 1992). No entanto, também existem claras diferenças, já que o estilo atribucional foca-se nos julgamentos que as pessoas fazem sobre as causas dos eventos, enquanto o disposicional foca-se diretamente nas expectativas gerais sobre o mundo Gillham, Shatté, Reivich & Seligman, (2001, citado por Heinonen, 2004).

A estabilidade do otimismo deve-se precisamente ao facto de ser denotado como uma característica podendo observar correlações de teste-reteste relativamente elevadas variando entre 0,58 e 0,79 ao longo de períodos que duram de algumas semanas a três anos (Atienza, Stephens, & Townsend, 2004; Lucas, Diener, & Suh, 1996; Scheier & Carver, 1985; Scheier et al., 1994). Parte dessa estabilidade surge a partir de fontes estáveis de otimismo (citado por Segerstrom, 2006). No entanto, existem variações no otimismo, tanto momento a momento como ao longo de períodos prolongados. Por exemplo, como as pessoas se preparam para enfrentar uma ameaça, seus estados de confiança pode mudar temporariamente (Sweeny, Carroll, & Shepperd, 2006). Barros (2010) refere mesmo que o otimismo caracteriza-se de um estilo cognitivo-afetivo sobre como o individuo organiza a informação face ao futuro, isto porque otimismo não evidencia unicamente a inteligência ou cognição mas também provém de uma grande componente emocional e motivacional (e.g., Carver & Scheier, 1990)

O otimismo pode ainda fazer parte de forma inata de determinados sujeitos existindo uma pré-disposição de hereditariedade, aproximadamente 25% (Plomin et al., 1992) apesar de pequeno é substancial. Outra evidência aponta para meio ambiente da infância, presença de recursos, tais como o calor dos pais e financeira, segurança, como preditor de otimismo adulto (Heinonen, Rääkkönen, & Keltikangas-Järvinen, 2005; Heinonen et al., 2006 citados por Carver, Scheier & Segerstrom, 2010).

Evidência empírica ressalva que em certos casos e circunstâncias o otimismo pode conduzir a resultados disfuncionais ou desprovidos de significado. Apesar da perseverança, realização, motivação e sucesso que caracterizam o otimismo em geral, este também pode conduzir a disfunções, custos e desvantagens. Por exemplo, uma pessoa fisicamente bem pode tender a ser otimista em relação à sua saúde futura e, por isso, negligenciar cuidados adicionais e de manutenção (Luthans, 2000). A título de exemplo, os dados de uma investigação sugerem que o desenvolvimento de cancro de pele é mais frequente nas pessoas otimistas do que nas pessimistas (Isaacowitz, 2005). Este fenómeno pode ocorrer porque os otimistas preferem assistir aos estímulos positivamente por manifestar comportamentos de proteção da saúde, sente menos necessidade de reunir mais informações sobre a doença. Em contrapartida com base em alguma evidência empírica a investigação tem demonstrado que o pessimismo pode conduzir a resultados positivos Norem & Chang, (2002, citado por Lopes & Cunha, 2008). Uma possível explicação provém da ideia de que ter uma visão mais pessimista do mundo pode levar os pessimistas a estarem melhor preparados para as adversidades do futuro, preparando-se, por antecipação, com recursos e soluções de problemas que esperam vir a ter Norem, (2003, citado por Lopes & Cunha, 2008).

Na mesma linha de entendimento mas num outro contexto podemos verificar que comportamento do otimista pode levar à perseguição de objetivos insensatos ou irrealistas, nomeadamente no jogo, que poderá custar grandes quantias de dinheiro e gerar problemas adicionais no trabalho e relacionamentos. Gibson e Sanbonmatsu (2004) argumentou que o jogo é um contexto no qual expectativas positivas e persistência podem ser contraproducente. Na verdade, eles encontraram uma variedade de tendências preocupantes entre os otimistas. Os otimistas tinham expectativas mais positivas para o jogo do que os pessimistas, e eles eram menos propensos a reduzir suas apostas depois de resultados negativos, os participantes nesta investigação não eram pessoas com reais problemas de jogo, contudo este padrão sugere a possibilidade de que otimistas podem ser mais propensos a desenvolver tais problemas.

É certo que existem circunstâncias em que as pessoas têm de reconhecer que seus objetivos são perdidos, e que o curso de adaptação é afastar-se a partir deles (Wrosch, Scheier, Carver, & Schulz (2003, citados por Carver, Scheier & Segerstrom, 2010). Dois estudos (um deles prospetivo) constatou que o otimismo se relaciona com maior conflito contudo, esse conflito não tem consequências lógicas. A evidência a partir do segundo

estudo verificou que pessoas otimistas detêm expectativas equilibradas, avaliam o valor e custo na procura de objetivos de forma mais eficaz do que as pessoas pessimistas. Os otimistas comprometem-se de uma forma conscienciosos em relação aos objetivos e são mais eficientes na gestão do conflito.

Um dos primeiros estudos sobre o otimismo e o bem-estar emocional teve como problemática de análise o desenvolvimento de indícios de depressão após o parto com um teste-reteste com um intervalo de três semanas após o parto. Os autores observaram que o otimismo se encontrava relacionado com menores sintomas depressivos, bem como previu, na avaliação inicial, uma menor depressão pós-parto controlando os níveis iniciais (Carver & Gaines, 1987). Assim, o otimismo parece conferir uma resistência a sintomas depressivos pós-parto (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010).

Os indivíduos que utilizam recursos positivos apresentam maior qualidade de vida e menos pensamentos intrusivos (Chang, Maydeu-Olivares & D’Zurilla, 1997; Lauver & Tak, 1995). Nesta perspetiva, Isaacowitz (2005) chegou mesmo a observar em 280 jovens adultos de meia-idade e mais velhos em que o otimismo é preditor de qualidade de vida em adultos de todas as idades. Num outro campo distinto nomeadamente no momento da faculdade foram avaliados quando os alunos chegaram ao campus, e as medidas de bem-estar e os resultados obtidos no final do semestre revelam que otimismo previu menos sofrimento no final do semestre.

4. Esperança: definição papel e relação com o Bem-estar Subjetivo

A Esperança é considerada como uma expectativa, quanto ao futuro, mais ou menos justificada, em virtude de um acontecimento agradável ou favorável (Barros, 2010), contudo a esperança é vista pela maior parte das pessoas como a ideia de que as coisas correrão pelo melhor aquando de problemas ou dificuldades. Snyder (2000) foi o psicólogo clínico que mais se debruçou sobre este conceito psicologicamente positivo, construindo uma teoria e operacionalizando a sua definição. Para Snyder et al. (1991) “a esperança, numa linguagem mais específica, é um conjunto cognitivo de expectativas positivas para o alcance dos objetivos, baseado num recíproco sentido de sucesso na determinação para o alcance dos objetivos agencia e os planos e meios para os atingir trajetórias ” (p. 571). Ou seja, a esperança reflete a determinação dos indivíduos para o alcance dos seus objetivos, mas também a formulação de planos e identificação de modos de concretizar tais objetivos (Snyder, 2000). Ser esperançoso será acreditar na definição

de objetivos, delinear como os alcançar e Auto motivar-se para a sua realização: “onde existe uma vontade, existe um caminho” (Luthans, 2002, p. 63).

Desde modo, podem ser identificados dois vetores diferentes no constructo de esperança: o *willpower* que diz respeito ao quanto se acredita ser capaz de alcançar determinados objetivos e o *waypower* relativo ao quanto se é capaz de formular planos eficazes para os alcançar (Snyder et al., 1996). Assim, *Agency* ou *Willpower* é uma importante dimensão da esperança porque se constitui como a força motivacional nomeadamente no âmbito organizacional que mantêm a pessoa atenta e energizada para o alcance dos objetivos com sucesso, sendo crítica na existência de obstáculos a tal alcance. Como referem Snyder, Rand e Sigmon (2002) “a agência ajuda as pessoas a canalizar a sua motivação para melhor escolher alternativas e planear (trajetórias)” (p. 258). Quanto à segunda componente, *Waypower* ou *Pathways*, a sua importância centra-se numa questão temporal (ou seja, como é que uma pessoa vai do presente para o futuro, ou, do ponto A para o ponto B) e na constituição de alternativas face a obstáculos (Snyder et al., 2002).

Os autores acabados de citar descobriram que indivíduos com elevados níveis de esperança desenvolvem planos decisivos com elevadas probabilidades de sucesso dada a sua confiança no plano escolhido para o alcance do(s) objetivo(s). Por outro lado, estes indivíduos também parecem desenvolver planos alternativos caso o plano originalmente escolhido não surta os efeitos desejados (Snyder et al., 2002). Contrariamente, indivíduos com baixa esperança têm maiores dificuldades em articular e estabelecer planos quer primários quer alternativos para o alcance dos seus objetivos. Snyder os seus colegas (1991) desenvolveram medidas válidas para a esperança enquanto disposição e enquanto estado. A importância e impacto desta capacidade psicológica positiva no desempenho têm sido encontrados em diversos estudos empíricos nomeadamente na área académica, desportiva e na saúde mental (Snyder et al., 1991; 2000) mas também em contexto organizacional. Por exemplo, no estudo de Peterson e Luthans (2002) após analisar o desempenho de 59 gestores de uma cadeia de *fast-food* constataram que os gestores com níveis mais elevados de esperança apresentavam maiores lucros e menor *turnover* dos seus colaboradores do que as lojas geridas por gestores com índices de esperança mais baixos. Por outro lado, os colaboradores dos gestores com maior índice de esperança encontravam-se mais satisfeitos com o seu trabalho, evidenciando uma influência dupla no bem-estar e na produtividade. Luthans e Jensen (2002) também encontraram uma

relação positiva entre os níveis de esperança dos empreendedores e a sua satisfação com o negócio. De um modo geral, uma pessoa com elevado nível de esperança tende a ser mais certa dos seus objetivos e da forma de os atingir; valoriza o progresso através desses mesmos objetivos; aprecia a interação com os outros e rapidamente se adapta a novas relações e colaborações; é menos ansiosa, especialmente em situações avaliativas e stressantes; e é mais adaptativa a mudanças ambientais (Snyder, 1997; Snyder et al. 1996).

Para Barros (2010), a esperança pode ser considerada como um constructo unidimensional. Defende que podem ser reduzidos em apenas um, em vez dos três componentes: objetivos, meios e pensamentos de ação, pois pensar e desejar a ação está implícito nos objetivos que acabam por incluir também os meios. O autor salienta essencialmente a importância de propor-se objetivos bem claros e precisos, que tantos os meios como a motivação para atingir esses objetivos surgirão por acréscimo.

Quanto à diferença entre a esperança e o otimismo, Snyder et al. (2000) referem que as expectativas do otimismo são largamente formadas pelos outros e por forças exteriores ao *self* (o estilo explanatório atribucional), enquanto, no constructo da esperança os caminhos para o alcance de objetivos, são iniciados e determinados pelo próprio *self*. O otimismo não implica caminhos ou meios para, enquanto estes são vitais para a esperança (Magaletta & Oliver, 1999).

Constatou-se nos diversos estudos apresentados o qual espelharam a relação entre o otimismo e esperança, correlações positivas em geral dessas variáveis de afetos positivos e negativos, caracterizados como estados antecipatórios positivos (Bruininks & Malle, 2006). Contudo a esperança segundo os autores Magaletta & Oliver (1999) tem-se demonstrado através dos estudos um dos “melhores” preditores de bem-estar, comparativamente ao otimismo e autoeficácia, atendendo às suas características únicas. Os indivíduos esperançosos tendem assim a atingir maiores níveis de satisfação aumentando o bem-estar subjetivo, uma vez que as probabilidades de sucesso em atingir as suas metas permitem sentimentos de satisfação. O aumento de competência e habilidades que por sua vez tendem a capacidade de gerar mais formas (vias) e manter a motivação (agencia) (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005), permite subtrair as emoções negativas mesmo perante as adversidades encontradas. Destaca-se ainda a importância da família, colegas e amigos, Deus e outras entidades espirituais que contribuem para o

processo de bem-estar subjetivo. Estas relações de apoio e dos vínculos sociais segundo Diener e Ryan (2009) foram considerados elevados preditores de bem estar subjetivo, e partindo dessa premissa estes fatores são promissores no âmbito da esperança.

Capítulo II : Stresse, Ansiedade e Depressão

1. Definição conceptual do stresse, da ansiedade e da depressão

O stresse é uma reação muito forte do organismo quando o indivíduo enfrenta qualquer tipo de evento, seja ele bom ou mau e que modifica a vida do sujeito (Lipp, 1996) não pode ser evitado, é onipresente, e é um ingrediente essencial de vida (Rice, 2012). Contudo pode, também, ser positivo quando caracterizado pelo entusiasmo, pela vontade, pela excitação, quando as pessoas encaram os desafios, as pressões do dia-a-dia como uma forma de crescimento pessoal e profissional (Lipp, 1996).

Segundo a definição de Selye (1936), “o stresse é uma reação do organismo que ocorre frente a situações que exijam dele adaptações além do seu limite” (citado por Sadir & Bignotto & Lipp, 2010, p. 73). Deste modo, o stresse tem repercussões não só em termos físicos e mentais como na qualidade de vida e na sociedade, diminui os recursos internos promovendo a ansiedade o pessimismo, pensamentos disfuncionais, falta de assertividade entre outros. É considerado um estado afetivo ou emocional, descreve um conjunto de mudanças internas em situações que as pessoas sofrem e que reconhecem como potencialmente ameaçadoras ao seu bem-estar (Sadir & Bignotto & Lipp, 2010).

A resposta ao stresse pode ser ao nível agudo ou crónico. A resposta ao nível agudo é um estado transitório de excitação, com início e fim claros, o organismo tenta adaptar-se ao evento stressor da melhor forma possível, já na situação de estresse crónico, durante o estado contínuo de ativação em que o indivíduo percebe o ambiente como sendo superiores aos recursos internos e externos disponíveis, o organismo torna-se hipervigilante pronto para a situação de perigo à qual foi ou continua a ser submetido (Gerrig & Zimbardo, 2005; McEwen & Lashley, 2004, citado por Schneiderman et al., 2005). A frequência de eventos stressores podem representar real pertinência, pois, mesmo em situações do quotidiano, apesar de serem acontecimentos de carácter menor de resposta de stresse, se forem frequentes desenvolvem respostas de estresse com efeitos psicológicos e biológicos negativos, o que poderá não acontecer nos eventos mais

relevantes de vida stressores de menor frequência. Assim as respostas de stresse severo e prolongado poderem levar ao dano e à doença (Schneiderman et al., 2005).

O termo stresse foi utilizado pela primeira vez na área da saúde em 1926 por Selye para assinalar um conjunto de reações específicas havia analisado em pacientes que sofriam de diversas patologias. Em 1936, Hans definiu a reação do stresse como uma síndrome geral de adaptação e em, 1974, ele redefiniu stresse como uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência (Selye,1956).

Dado à gravidade do stresse para a saúde e bem-estar individual, Selye (1950, 1956) desenvolveu o modelo do Síndrome de Adaptação Geral com vista a um melhor entendimento do stresse, no espaço e no tempo, e para se tornar mais passível de investigações científicas, tendo identificado três fases: a fase de alerta, a fase de resistência e a fase de exaustão (citado por Rice, 2012)

Na primeira fase, a de alerta, o organismo prepara-se para a reação de luta ou fuga, que é essencial para a preservação da vida. O organismo ao preparar-se para a ação ocorre uma produção acentuada de noradrenalina pelo sistema nervoso simpático e adrenalina pela medula suprarrenal, aumentando o nível de atenção gerando um aumento de força e de motivação pessoal. Vários autores consideram-na positiva. Os sintomas presentes, nesta fase, produzem mais força e energia para enfrentar o desafio, referem assim a preparação do corpo e da mente para a preservação da própria vida. Caso o agente desencadeador do stresse for de duração reduzida a adrenalina é eliminada do organismo, sem gerar outras complicações, irá recuperar a sua homeostasia. Se, pelo contrário, o stresse continuar presente por tempo indeterminado, a “fase de resistência” inicia-se quando o organismo tenta uma adaptação devido à sua tendência a procurar a homeostase interna.

Na fase de resistência, as reações são opostas àquelas que surgem na primeira fase e muitos dos sintomas iniciais desaparecem, dando lugar a uma sensação de desgaste físico e de cansaço. Nesta fase o processo stressor pode ser interrompido sem consequências, se o organismo conseguir uma resposta adequada e adaptativa ao agente stressor. Se o stressor prosseguir e a pessoa não possuir estratégias para lidar com o stresse, o organismo esgota as suas reservas de energia adaptativa, é a fase de exaustão. Esta fase manifesta-se quando doenças aparecem e a maioria das pessoas não consegue concentrar-se ou trabalhar devido à exaustão psicológica. Sob a forma de depressão e

exaustão física, o stresse prolongado afeta os sistemas imunológicos mais suscetíveis às doenças de contágio (Lipp, 2000, 2003).

Embora Selye tenha reconhecido três fases do stresse, no decorrer da padronização do Inventário de Sintomas de Stresse para Adultos de Lipp (Lipp, 2000), este identificou uma quarta fase, e desenvolveu o Modelo Quadrifásico do Stresse. A esta nova fase foi dado o nome de fase de quase-exaustão por se encontrar entre a fase de resistência e a fase da exaustão.

Esta fase recém-identificada caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa que não está a conseguir adaptar-se ou resistir ao agente stressor. As doenças começam a surgir, porém, ainda não são tão graves como as da fase da exaustão e as pessoas ainda conseguem, na maior parte das vezes, trabalhar ou concentrar-se (Lipp, 2000, 2003).

Este fenómeno pode afetar um sujeito de forma isolada, no contexto familiar, num grupo mais extenso ou até mesmo uma comunidade inteira. O stresse pode ocorrer de um acontecimento particular ou constituído por múltiplos fatores, podem ser recorrentes ou contínuos. Os agentes de stresse são divididos em três fatores de origem: psicoemocionais (experiência de frustração); físicos (experiência doença somática); e biológicos (por exemplo, má nutrição). Existem algumas situações que favorecem a ocorrência de stresse, como a morte do(a) cônjuge, divórcio, separação, doenças profissionais, despedimento, reforma, entre outros (DSM-IV-TR, 2002). Estas fontes geradores de stresse (stressores) são classificados como internas ou externas, as fontes internas decorrem do tipo de personalidade, de pensamento, stressógenos, crenças irracionais, vulnerabilidades psicológicas e vulnerabilidade genética e crenças perante os acontecimentos externos (Lipp, 2001).

Podemos classificar dois termos de stresse, o eutresse e o distresse. O primeiro, é utilizado em situações que o stresse decorre de uma situação agradável ou de curta duração. Pelo contrário, o distresse decorre de situações ameaçadoras ou de longa duração, logo, as respostas aos eventos stressores se distinguem, com maior ou menor importância. As respostas ao stresse envolvido em situações mais traumáticas pode ser categorizado, segundo Schiraldi (1999, citado por Schneiderman et al., 2005), por três grandes grupos: eventos intencionais provocados pelo homem; eventos não-intencionais provocados pelo homem; e eventos provocados pela natureza como ser confrontada com uma situação ameaça à sua própria vida ou de alguém próximo a ela. Diante eventos

destes a pessoa reage com medo e desesperança podendo gerar desde apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento e hipersensibilidade emotiva até raiva, ira, irritabilidade e ansiedade, além de ter o potencial de desencadear surtos psicóticos e crises neuróticas em pessoas predispostas (Lorencetti & Simonetti, 2005).

Estas situações de tensão crónica geradoras stresse, relativamente intensas e que persistem ao longo do tempo, podem impelir num esgotamento dos recursos do sujeito, e dar origem a um quadro de ansiedade.

A ansiedade, não passa, de uma defesa natural do corpo, podendo tornar-se, tal como citado, prejudicial quando o sujeito não acredita nas suas capacidades, desenvolvendo sentimentos de inferioridade, incapacidade e impotência. Assume uma forma e passa a determinar ações do sujeito, este estado será acompanhado por sensações corporais desagradáveis tais como vazio do estômago, medo intenso, aperto no tórax, suores, bem como ao nível anomalias ao nível neuronal e distúrbios hormonais (Mascarenhas & Ribeiro, 2010). Segundo Cabral (2006) a ansiedade pode ser como um estado emocional desagradável, provocado pela suspeita ou previsão de um perigo para a integridade do sujeito, sendo que muitas vezes situações que estão fora do controlo do indivíduo a ausência desse controlo poderá potenciar um elevado nível de stresse e mal-estar. Pode, contudo, surgir em variadíssimas situações, sem que exista, obrigatoriamente, um transtorno emocional ou patologia quando os problemas/causas que o provocaram são ultrapassados. Contudo, convém salientar que os eventos de vida stressores são díspares do evento traumático. O evento de vida stressor, apesar de originar, por vezes, efeitos psicológicos sob a forma de sintomas e desadaptação, tendem a diminuir após o efeito provocado se remover, já o feito traumático o sujeito poderá sofrer consequências psíquicas por um tempo longo, podendo chegar a décadas, mesmo após seu afastamento.

A perturbação de ansiedade abarca, assim, diferentes tipos de perturbações, como ataques de pânico, agorafobia, fobia específica, fobia perturbação obsessiva compulsiva perturbação de ansiedade generalizada, stresse pós-traumático. Assim, parte-se do pressuposto de que a severidade ou presença de eventos de vida stressores são preditivos da presença de sintomas de ansiedade ou de transtornos de ansiedade (Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

Tal como referido, quando o sujeito passa a desacreditar nas suas capacidades, podem surgir sentimentos de inferioridade, incapacidade, impotência, sendo considerado, também, um padrão de pensamento em pacientes deprimidos, ainda acompanhado por desvalorização, culpa e dificuldade para tomar decisões e de concentração. Quanto menor for a capacidade de iniciativa ou resposta, maior nível de gravidade do quadro clínico, notando por breves ou prolongados, com reproduções de maior regularidade, algumas assumindo um perfil sazonal de ocorrência (Rodrigues & Horta, 2011). Neste sentido a ansiedade e a depressão partem pela mesma estrutura básica.

A depressão detém como principais sintomas a tristeza, o desânimo, a angústia, a falta de vontade, o choro com facilidade e a anedonia, a alteração no apetite, no peso, no sono, a diminuição da libido, a agitação ou o retardo psicomotora, a ideação suicida (Rodrigues & Horta, 2011). É sem dúvida um fenómeno complexo e um problema de saúde pública. Para Lazarus (1999) essa complexidade passa por não se tratar de uma única só emoção, como a tristeza, sendo uma das consequências do desespero. Logo, é mais apropriado genericamente a expressão síndrome depressiva ou sintomas depressivos, pois garante um conjunto de situações semelhantes, em termos de evidências clínicas, e distintos em termos de gênese, instalação, duração, evolução, resposta aos tratamentos dados correlatos (Rodrigues & Horta, 2011).

Podemos analisar a depressão no âmbito do sintoma, que pode levar a variadíssimos quadros clínicos como: transtorno de stresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, entre outras. Pode ainda ocorrer como resposta a situações de stresse ou a circunstâncias sociais e económicas adversas. Por sua vez se analisarmos como Síndrome a depressão revela alterações cognitivas psicomotoras e vegetativas (sono, apetite) e por consequente alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer apatia) por fim se abordamos enquanto doença, a depressão tem sido classificada de diversas formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distimia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, entre outros (ELPorto, 1999).

Para Spielberger et al. (1983) descrevem que a depressão é representada como sendo um estado mental, que exige uma intervenção, manifesta-se em torno de manifestações afetivas (emoções), ideativas (pensamentos) e comportamentais (ações) que caracterizam o dia-a-dia do sujeito (Rodrigues & Horta, 2011). Neste sentido a depressão causa danos nos indivíduos a vários níveis, quer na vida pessoal quer na vida profissional e social.

Os eventos de vida stressores e o surgimento de sintomas depressivos são frequentes (Serra, 2002). Berenbaum e Connely (1993) referem que estes podem aumentar o risco de desenvolver um quadro depressivo no indivíduo e, por consequência, aumentar os níveis de ansiedade (citado por Martins, 2005).

Segundo os estudos, o transtorno da ansiedade apresenta uma grande comorbidade com a depressão Gliatto, (2000, citado por Zambom, Bortolon, Andretta, 2011). Sob este ponto de vista, Watson (1991) refere que a depressão e a ansiedade encontram-se agrupadas, sendo difíceis de diferenciar empiricamente os dois conceitos (citado por Pais-Ribeiro et al., 2004). Clark e Watson (1991, citado por Pais-Ribeiro et al., 2004) descrevem que as pessoas ansiosas e deprimidas partilham uma estrutura básica: afetividade negativa ou distresse geral. Essa estrutura é responsável pela associação entre as medições de ansiedade e depressão, logo acabaram por agrupar os sintomas de stresse, ansiedade e depressão em três escalas, propondo desta forma um modelo tripartido. A forte associação entre depressão, ansiedade e stresse levaram à discussão e comparação resultados, patenteando fundamentos que sustentam a crença de que a depressão, a ansiedade e o stresse podem ser pontos diferentes do mesmo *continuum*, com manifestações alternativas de uma diátese, ou mesmo síndromes heterogêneas que estão associadas por partilharem alguns subtipos de sintomas.

3. Estratégias de *coping* e procedimento terapêutico

Para um melhor entendimento dos reais contributo do otimismo, da esperança e do bem-estar subjetivo é fundamental compreender as diversas respostas ao stresse através das estratégias de *coping*. De acordo com a autora Selye, as respostas aos fatores de stresse provoca efeitos no sistema nervoso e hormonal, desenvolvendo alterações neuro-hormonais induzidas pela procura de um equilíbrio com vista aprimorar o organismo de capacidades de *coping* face aos desafios apresentados (citado por Lipp, 2000).

Este processo adaptativo, em excesso ou defesa das reações corporais do sujeito manifesta-se na ocorrência de doenças tais como: alta pressão sanguínea, doenças do coração e vasos sanguíneos, doenças do rim, eclâmpsia, doenças reumáticas e artrite reumatoide, doenças inflamatórias da pele e os olhos, infecções, alergias e sensibilidade, doenças nervosas e mentais, disfunções sexuais, doenças digestivas, metabólicas, doenças, cancro e doenças que comprometem do sistema imunitário. A confirmar esta analogia Simonton, Simonton e Creighton (1978) e Goodkin, Antoni, e Blaney (1986) propuseram uma relação entre o stresse e o cancro, e Matthews e Vidro (1981) verificaram uma relação semelhante entre stresse e doença cardíaca (Rice, 2012).

Todavia, a promoção para a saúde psicológica parte de um processo educativo sendo que o mesmo pode ser desaprendido ou reaprendido em todos os contextos: pessoal, social e ambiental (Mascarenhas & Ribeiro, 2010) Recorrer a estratégias de *coping* com vista a regular situações de stresse é fundamental no comportamento emoções e pensamentos para combater os efeitos consequentes da perceção de elementos stressores que funcionam como mediadores de Bem-estar subjetivo (Faro, 2013).

A resolução de problemas como estratégia de *coping* inclui a capacidade para procurar informação, analisar as situações com o objetivo de identificar o problema e gerar percursos de ação alternativos, antecipar resultados, seleccionar e implementar um plano de ação adequado (Janis, 1974; Janis & Mann, 1977 citado por Lazarus & Folkman, 1984).

Destacam-se, assim, as estratégias de *coping*. Lazarus e Folkman (1984) baseados no foco no problema e na solução. Embora as pessoas utilizem estas estratégias e ambas se influenciem mutuamente os autores defendem que as estratégias de *coping* são ações intencionais que podem ser aprendidas, usadas e descartadas.

Identificámos assim o foco com base Problema referente aos esforços para controlar ou solucionar a situação geradora de stresse (estratégia defensiva) que atua sobre o fator de stresse. Já o foco com base na solução resulta na regulação de emoções motivadas pela avaliação do stressor, que visa adequar a resposta emocional ao evento stressante, resposta essa difícil de controlar (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Folkman & Lazarus, 1984; 1985; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1996). Esta abordagem cognitiva que explica estes dois tipos de estratégias de *coping* teve como base a construção de análises fatoriais. Nesta perspetiva o *coping* é definido como

um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com questões específicas, internas ou externas, que nascem em situações de stresse e são avaliadas sobrecarregando os seus recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984).

Este modelo envolve quatro conceitos principais: (a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação stressora, ao invés de controlo ou domínio da mesma; (c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente. (Lazarus & Folkman, 1984).

A particularidade do modelo transaccional (Figura 3) não sendo unidirecional avalia os processos de *coping* perante eventos stressantes. As experiências tidas como estímulo e stresse são compostas de transações feitas entre o sujeito e o meio que o rodeia e vai depender do impacto que o efeito stressor provocou.

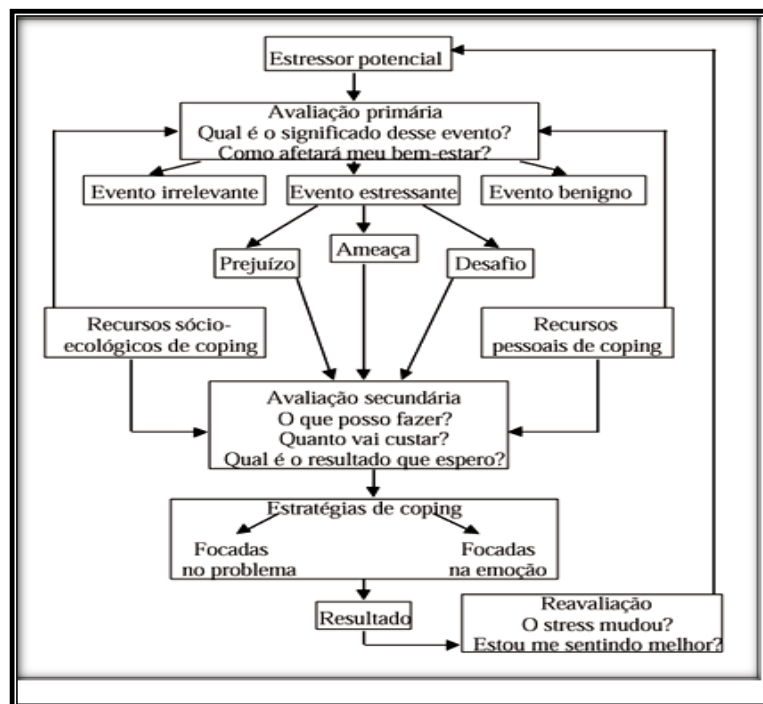


Figura 3: Modelo de processamento do Stresse e Coping de Lazarus & Folkman, 1984 (fonte Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998)

Este modelo tem sido aludido como o mais complacente dos modelos existentes (Beresford, 1994). É um paradigma que consta duas avaliações na primeira o sujeito perante a situação pode desenvolver um conceito de ameaça, angustia e ansiedade bem como de desafio de motivação e vontade de vencer, logo que essa avaliação cognitiva é processada segue uma segunda avaliação determinada pela capacidade que o sujeito acredita em ter colocando em ação determinados mecanismos de *coping* que o ajudaram a enfrentar o acontecimento stressor (Lazarus & Folkman, 1984).

Quando o stresse sentido com pouca intensidade tal como já mencionado é controlável e resolúvel, o sujeito tende a focar as estratégias na resolução do problema, pois o sujeito acredita positivamente nos seus resultados, estratégias essas sempre recomendadas por resolverem definitivamente o problema (Serra, 2002).

De salientar a distinção da denominação das estratégias de *coping* e estilos de *coping*. Embora esta distinção não seja completamente consensual, entre os estudiosos segundo Folkman e Lazarus (1980) as estratégias de *coping* são direcionadas a fatores situacionais, estas estratégias podem sofrer alterações de momento para momento ao longo dos estágios de um acontecimento stressante, ao contrário dos estilos de *coping* mais vinculados a fatores disposicionais do indivíduo, assim derivado a variabilidade nas reações individuais, estes autores defendem a impossibilidade de se tentar prever respostas situacionais a partir do estilo típico de *coping* de uma pessoa.

A presença do otimismo e a forma como enfrentamos as adversidades, na resolução dos problemas, mostra benefícios nos eventos de vida stressantes coligados como fator de risco tanto para início como recaída para psicopatologias (e.g., Ellicott, Hammen, Gitlin, Brown, & Jamison, 1990; Finlay-Jones & Brown, 1981), os estudos revelam que pessoas menos otimistas tem maior dificuldade antes mesmo das adversidades da vida (citado por Naseem & Khalid, 2010).

O procedimento terapêutico mais utilizado face a um pessimista é constituído por técnicas no âmbito das Terapias Cognitivo-Comportamentais, cuja lógica se baseia no pressuposto abaixo mencionado, o qual se tem revelado numa mais-valia na compreensão efetiva da pertinência do otimismo e esperança.

Este modelo ostenta as pessoas que apresentam vulnerabilidade relacionada à interpretação, suposição, visão de si e do mundo de forma distorcida e negativa resultando

perturbações emocionais (Rodrigues & Horta, 2011). Nesta linha de pensamento, neste tipo de transtorno estão presentes os sentimento de pessimismo e negatividade, portanto, a presença de um problema cognitivo, manifesto por pensamentos disfuncionais. A interpretação de um acontecimento e as reações emocionais e fisiológicas consequentes dessa leitura resultam em experiências positivas/negativas e em sucesso ou fracasso, respetivamente (Segerstrom, 2001).

Os principais conceitos deste o modelo surgiu em 1960 com Aaron Beck e Albert Ellis, e evolui a partir de 1970 com o contributo imprescindível de Beck, a partir do momento em que este atribuiu um papel relevante aos pensamentos e opiniões dos indivíduos (Beck 1967). O eixo central da abordagem Cognitiva comportamental assenta numa tríade cognitiva ou seja em três conceitos, o paciente revelar uma visão negativa de si próprio, do mundo que o rodeia e em relação ao futuro. As perceções negativas, fortalecem sentimentos nos indivíduos constantemente como culpa, fracasso, desesperança e desamparo. No âmbito do paradigma cognitivo, os pensamentos negativos (pessimismo) podem caracterizar a vulnerabilidade psicológica (associando-se ao aumento de emoções negativas) que, conseqüentemente, despoleta níveis mais elevados de ansiedade, depressão, pânico e raiva, propiciando o crescimento de um maior número de perturbações psicológicas (Clarke & Beck, 1999).

À medida que a depressão se intensifica, os indivíduos ficam mais dependentes de pensamentos automáticos negativos e independentes dos fatores externos. Os erros cognitivos representam por último as distorções na informação processada, adaptando-as a esquemas negativistas. Ao reforçarem as ideias negativas, adaptam conseqüentemente a realidade.

A Terapia Cognitivo-Comportamental visa à reeducação de pensamentos e de crenças distorcidos ou disfuncionais, o sujeito tem a possibilidade de modificar as suas cognições (interpretações) sobre os eventos, esta perceção dá início a um processo terapêutico de mudanças internas que irão refletir nos fatos externos, utilizando ferramentas poderosas e eficientes (Beck,1997 citado por Oliveira, Silva, Szupzynski, 2011) Segundo Pretzer e Walsh (2002) e Segerstrom (2006^a), a medida a aplicar contemplaria o treino da pessoa a pensar nas vias otimistas e utilizá-las em situações concretas.

Seligman (1991), define o otimismo como uma tendência estável dos sujeitos para pensarem que, de um modo geral, vivenciarão mais experiências positivas do que experiências negativas, conseguindo, assim, enfrentar obstáculos como a depressão. Diversos autores (e.g., Elliott, Witty, Herrick, & Hoffman, 1991; Richman, Kubozansky, Maselko, Kawachi, Choo, & Bauer, 2005), acrescentam, ainda, a importância de uma ação positiva da personalidade que recorre mais à prevenção e não apenas ao remediar, o que promove o conceito de esperança, como crença emocional na possibilidade de obter resultados positivos relacionados com as circunstâncias da vida. Neste sentido, os autores relacionam o otimismo e a esperança, na medida em que interagem reciprocamente, sem que, no entanto, possam ser consideradas sinónimos.

4. Contributos da esperança, do otimismo e do bem-estar subjetivo

Os elevados valores de esperança parecem estar associados a um decréscimo de propensão para desenvolver doenças. Outros estudos demonstraram, ainda, uma correlação negativa entre a esperança e a depressão/ansiedade, bem como uma correlação positiva com os afetos positivos (Snyder et al., 1991, citado por Carver, Scheier e Segerstrom, 2010).). Um dos primeiros estudos sobre o otimismo e o bem-estar emocional teve como problemática de análise o desenvolvimento de indícios de depressão após o parto (Carver & Gaines, 1987), com um teste-reteste com um intervalo de três semanas após o parto. Os autores observaram que o otimismo se encontrava relacionado com menores sintomas depressivos, bem como previu, na avaliação inicial, uma menor depressão pós-parto controlando os níveis iniciais. Assim, o otimismo parece conferir uma resistência a sintomas depressivos pós-parto (citado por Carver, Scheier e Segerstrom, 2010).

Vários são os estudos que salientam o otimismo e a esperança como estratégias de *coping* adaptativas. Os indivíduos que utilizam destes recursos procuram aconselhamento, procuram a promoção de um melhor bem-estar físico e psicológico, tendem a ter melhor assenso, desistem menos e negam menos durante o tratamento inicial, além de apresentarem maior qualidade de vida e menos pensamentos intrusivos (Chang, Maydeu-Olivares & D’Zurilla, 1997; Lauver & Tak, 1995). Já o pessimismo e a desesperança estão associados ao uso de estratégias de *coping* desadaptativas (negativas) ligados a transtornos psicológicos, como a depressão e as doenças físicas (Chang et al., 1997, citado por Carver, Scheier & Segerstrom, 2010).).

A relação entre otimismo e *coping* foram observados entre pacientes portadoras de cancro em várias investigações. Stanton e Snider (1993) descobriram que as mulheres pessimistas evitam lidar com a próxima biopsia (evitamento) ao contrário dos otimistas (citado por Carver, Scheier & Segerstrom, 2010). Outro dos estudos com pacientes de cancro (Carver et al., 1993) observou como é que as mulheres lidaram com o tratamento para o cancro de mama durante o primeiro ano após o diagnóstico, tanto antes como depois da cirurgia, e verificou-se otimismo relacionado ao enfrentamento aceitando essa realidade como também aquela que deve ser tratada, e tentando aliviar a situação com humor (Naseem & Khalid 2010). Na mesma linha de estudos de *coping* entre as mulheres em tratamento para cancro de mama (Schou, Ekeberg, & Ruland, 2005) centrou-se em duas respostas de *coping*: espírito de luta (confrontar cancro e tentar vencê-lo) e desesperança / impotência (uma sensação de desistir). Estas respostas mediada a relação entre otimismo e qualidade da vida de um ano após o diagnóstico. O maior espírito de luta de otimistas (Avaliada antes do diagnóstico) previu melhor qualidade de vida no primeiro ano follow-up, a desesperança / impotência (relatada por pessimistas) previu pior qualidade de vida. (Naseem & Khalid 2010).

Num outro campo distinto nomeadamente no momento da faculdade foram avaliados quando os alunos chegaram no campus, e as medidas de bem-estar e os resultados obtidos no final do semestre referem que otimismo previu menos sofrimento no final do semestre.

No domínio das emoções a esperança é discutida a partir da observação da psicologia e do stresse e da teoria *coping* em muitas literaturas e de muitas perspetivas. Esta abordagem fez parte também estudos acima mencionados em paciente portadoras de cancro da mama, foi realizado com 183 pacientes com o objetivo de analisar os níveis de esperança e de *coping* e se estes níveis estavam relacionados com tipo de cancro. O Resultado demonstrou que os níveis de esperança foram relativamente altos, mesmo em pacientes com a doença mais avançada, encontrou-se uma correlação positiva entre a esperança e os estilos de *coping* utilizados e eficácia do *coping* (Felder, 2004).

Face ao exposto, verificamos a importância de intervir de forma precoce essencialmente numa perspetiva preventiva (através de uma abordagem psicológica positiva) ou, em última instância como minimizar o que irá contribuir para a construção de humores positivos (Segertorm, 2000) frequentemente associados à autoestima (Hewitt,

2009), que aleada á esperança no âmbito das emoções assegura a manutenção da motivação necessária para alcançar metas (Snyder 2002), que resultam na mediação igualmente de saúde física (Segertorm 2000).

A existência de uma associação entre a predisposição para o otimismo e respostas de saúde positivas tem sido demonstradas ao longo deste estudo. Muitas são as investigações que revelaram que níveis mais elevados de otimismo se relacionam com maior imunidade e se repercutem em menor stresse, melhor conservação dos afetos, menos sentimentos de solidão, menos depressão, maior suporte social e na utilização de estratégias de *coping* mais ajustadas (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010; Parashar, 2011).

Essas pesquisas apontaram para uma correlação negativa, quanto maior era o grau de otimismo, menor era o nível de sintomas depressivos apontados pelos sujeitos (Scheier et al., 1994). Por sua vez, quanto maior é o pessimismo do sujeito mais resistente ele é à terapia, pois sente-se ameaçado face á mudança ou sair da zona de conforto em que se encontra.

As investigações observam ainda que afetos positivos (PA) relacionam-se com níveis mais baixos de cortisol matinal (Steptoe et al 2009). Considerando que o aumento de cortisol encontra-se envolvido com um vasto leque de doenças crónicas nomeadamente diabetes tipo 2, hipertensão e depressão parece haver uma ação dos afetos positivos sobre a saúde. Raison & Miller (2003) concluírem assim que as AP poderiam contribuir para a diminuição do risco não só das doenças crónicas como á redução de mortalidade, uma vez que presença dos AP e bem-estar estão de forma indireta relacionados com estilos de vida mais saudáveis e no caso de doenças os pacientes aderem mais aos tratamentos propostos. No contexto da saúde mental se a depressão se encontra associada a níveis altos de cortisol endógeno e uma vez que o bem-estar oferece diminuição desses níveis, o BE opera como facto protetor ao desencadeamento de depressões e transtorno de ansiedade generalizada (Ruini & Fava, 2006).

Por fim num estudo descritivo realizado por Viridana et al (2010) sobre o impacto da depressão e a ansiedade na qualidade de vida constituída por uma amostra de 114 paciente portadores de insuficiência cardíaca verificaram que á medida que a doença evolui, ocorre ajustes internos nos indivíduos que acabam preservarem a satisfação com vida, o que justifica encontrar pessoas com problemas cardíacos graves, mas que

consideram ter uma boa qualidade. Esta premissa levou os autores a considerarem pertinente o planeamento e a implementação de estratégias psicológicas nos doentes cardíacos, tendo assim o objetivo melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde dos doentes.

Assim podemos constatar neste estudo, os transtornos mentais são fenómenos complexos tanto na sua gênese como em sua manifestação, envolve diversas abordagens explicativas assentes em diferentes fatores nomeadamente fatores biológicos, fatores psicológicos e fatores socioculturais.

6. Objetivos e Hipótese

O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais ampla, coordenado pela Universidade Federal do Amazonas e com a participação da Universidade do Algarve, designado “Mapeamento do contexto socioeducativo e avaliação do bem-estar subjetivo, bem-estar psicossocial, resiliência, otimismo e esperança de povos e comunidades tradicionais do Amazonas, analisando seus efeitos sobre o exercício da cidadania”.

Integrado nos propósitos daquela investigação, são objetivos do presente estudo:

- analisar as relações das manifestações representativas de perturbação da saúde mental - como o stresse, a ansiedade e a depressão – com a expressão psicológica de bem-estar subjetivo.
- avaliar o papel protetor de diferentes dimensões da Psicologia Positiva nomeadamente o otimismo, a esperança, na influência do stresse, da ansiedade e da depressão, sobre o bem-estar subjetivo.
- recolher informação do impacto decorrente de aspetos culturais e socioeconômicas (como a raça, o índice de desenvolvimento humano municipal), bem como de variáveis demográficas (como o género) na expressão das dimensões psicológicas por um lado, do otimismo, da esperança e da depressão e, por outro lado, do stresse, ansiedade e depressão.

Considerando os pressupostos teóricos que atrás apresentámos, as evidências empíricas que descrevemos e os propósitos da investigação, é de esperar que:

- a) A vulnerabilidade ao stresse, ansiedade e depressão seja maior nos indivíduos do sexo feminino do que masculino.
- b) Os níveis de esperança, otimismo e bem-estar subjetivo sejam influenciados pelo fator sociodemográfico raça;
- c) Os níveis de stresse, ansiedade e depressão sejam influenciados pelo fator sociodemográfico raça;
- d) O stresse, a ansiedade e a depressão associam-se de modo negativo ao bem-estar subjetivo.

Face ao exposto, formulámos a seguinte hipótese de investigação:

H1: A esperança e o otimismo exercem um papel protetor sobre a influência negativa do stresse, da ansiedade e da depressão no bem-estar subjetivo.

Parte II

Parte Empírica

7. Método

7.1. Participantes

A amostra é constituída por 382 participantes de ambos os sexos, 199 (52,1%) do sexo feminino e 183 (47,9 %) do sexo masculino, com idades distribuídas três grupos etários: um com 285 (66,8%) participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, outro com 114 (29,8%) participantes com idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos, e, por fim, outro com apenas 13 (3,4%) participantes com idades compreendidas entres os 46 e os 69 anos.

Dada a faixa etária a maioria dos participantes são estudantes (n=207; 54%) bem como o estado civil é maioritariamente o de solteiro (N=266; 70%), seguindo-se o conjunto dos participantes casados (n=57; 15%), os que estão numa união estável (n=45; 12%), os divorciados (n=10 3%) e, por fim, os viúvos (n=2; 0,5%).

Considerando os propósitos da investigação, os participantes vivem na região Humaitá na Amazônia e são oriundos de três municípios distintos: Benjamin Constant (n=86;22,5%), de Tabatinga (n=35;9,2%, Manaus (n=260,68%),com características sociais, económicas e culturais distintas, que apresentamos resumidamente de seguida.

O Município de Benjamim Constant foi fundado no ano de 1931 e tem uma área de 8.793 km². Em 2010, segundo o Censos 2010, a sua população atingira os 33.391 habitantes, apresentando uma estimativa de crescimento populacional anual de 3,70%, e uma densidade demográfica de 3,80 hab/km². Dos 62 Municípios da Amazonas, Benjamim Constant é um município que se encontra-se na 26^a posição, o seu índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), no mesmo ano de 2010, é de 0,574, encontrando-se na faixa de desenvolvimento humano baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599).

O Município de Tabatinga foi fundado uns anos mais tarde, em 1981, e segun do o Censos de 2010, a sua população era de 52.279 habitantes, estimando-se para o ano de 2012 um crescimento anual de 3,26%. Tabatinga possui uma área de 3.225 km² e a densidade demográfica é de 16,21 hab/Km². Na comparação com os restantes municípios, Tabatinga ocupa a 10.^a posição, e o seu IDHM é considerado acima do do

Município de Benjamin Constant que se situa num índice considerado médio (entre 0,6 e 0,699).

O Município de Manaus, é o mais antigo dos três municípios, foi criado em 1833, a sua população, conforme Censos 2010, era de 1.802.525 habitantes e a estimativa para o seu crescimento anual populacional de 2,52%. Manaus possui uma área de 11.401 km² e uma densidade demográfica de 158,06 hab/km². Este município situa-se, na comparação entre os 62 municípios da Amazonas, num patamar acima de qualquer outro, ocupando a 1^a posição. Em 2010, o seu índice IDHM era de 0.737 e, por sua vez, o índice de desenvolvimento humano é considerado alto (entre 0,7 e 0,799).

A amostra é constituída por indivíduos de quatro raças, especificamente a Parda-Morena (n=163; 43%), a Branca (n=132; 35%), a Negra (n=52; 14%) e a Indígena (n=22; 6,0%). Considerando a distribuição da amostra em função do município e da raça, o nosso grupo de estudo é constituído por: 23 indivíduos de raça branca, 15 de raça Negra, 13 Indígena e 32 de Parta-morena do Município de Benjamin Constant; por 10 indivíduos de raça Branca, 4 de raça Negra, 1 Indígena e 17 Parta-morena do Município de Tabatinga; e, por último, por 99 indivíduos de raça branca, 33 de raça Negra, 8 Indígena e 113 Parta-morena do Município de Manaus.

7.2. Instrumentos

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Foi aplicado um questionário para recolha de informação sociodemográfico e económica com o objetivo de aceder a dados relevantes para a realização do estudo, nomeadamente, localidade, etnia, idade, estado civil, bem como informação sobre o acesso a serviços de saúde e a qualidade de vida. O referido questionário faz parte de um caderno de 4 blocos de questões, o bloco 1 é dedicado a dados de identificação, o bloco 2 sobre o exercício da cidadania e participação social, o bloco 3 sobre o acesso a serviços de saúde e qualidade de vida e, por último, o bloco 4 dedicado às medidas psicológicas. A natureza do questionário tem como premissa respostas sinceras a todas as questões, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser.

Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS)

Com vista a analisar a expressão psicológica foi utilizado a designada Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS; Ribeiro Honrado & Leal, 2004). É um instrumento

que inclui as escalas de ansiedade, depressão e stresse, constituído por 21 itens, distribuídos em número igual pelas 3 dimensões (7 itens para cada). Por sua vez, cada escala inclui vários conceitos, nomeadamente: na escala de Depressão – Disforia (dois itens), Desânimo (dois itens), Desvalorização da vida (dois itens), Auto depreciação (dois itens), Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens), Anedonia (dois itens) e Inércia (dois itens); na escala de Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens), Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens), Ansiedade Situacional (três itens) e Experiências Subjetivas de Ansiedade (quatro itens); e na escala de Stresse – Dificuldade em Relaxar (três itens), Excitação Nervosa (dois itens), Facilmente Agitado/Chateado (três itens), Irritável/Reação Exagerada (três itens) e Impaciência (três itens).

Cada item consiste numa, afirmação, que reporta para sintomas emocionais negativos. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos (entre 0 e 3). A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. O instrumento fornece três notas, uma por escala, em que o mínimo é 0 e o máximo de 21. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos, ou seja em que os sujeitos avaliam a extensão com que experimentaram cada sintoma percebido com maior gravidade ou frequência. No nosso estudo, registamos os seguintes coeficientes de consistência interna: 0,88 na escala de ansiedade, 0,88 na escala de depressão e 0,88 na escala de stresse.

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A avaliação da componente cognitiva do bem-estar subjetivo efetuou-se através da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS – *Satisfaction With Life Scale*) elaborada por Diener et. al (1985), e adaptada por Simões (1992). O objetivo da escala é apontar a percepção subjetiva que os sujeitos fazem sobre a qualidade das suas próprias vidas. É um instrumento breve e de fácil compreensão, aplicação e cotação sendo também passível de ser utilizado com adultos de todos os níveis etários, de diversas culturas e essencialmente por avaliar a dimensão do bem-estar subjetivo que se pretendia estudar. O coeficiente *alfa* obtido é de 0.77 considerado um valor razoável, contudo no nosso estudo registamos 0,79 de consistência interna.

O questionário é constituído por 5 itens que, aquando da adaptação para a população portuguesa, foram aperfeiçoados com vista a facilitar a compreensão do conteúdo a todas as pessoas, foi ainda ajustada a amplitude da escala, que passou de 7 a para 5 pontos, Discordo muito (1), Discordo um pouco (2), Não concordo, nem discordo (3), Concordo um pouco (4) e Concordo muito (5). Os resultados possíveis de obter com a escala, oscilam entre o mínimo de 5 e o máximo de 25. A Satisfação com a Vida será maior, quanto mais elevado for o valor, sendo o ponto médio de 15 (Nunes, 2007).

Positive and negative Affect Schedule (PANAS)

Para avaliação da componente afetiva do bem-estar subjetivo utilizámos a adaptação de Simões (1993) da *Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS)* desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988). Um valor elevado na afetividade positiva (PA) reflete prazer e bem-estar subjetivo, incluindo emoções como entusiasmo, inspiração e determinação. Pelo contrário, um valor superior na afetividade negativa (AN) reflete desprazer e mal-estar subjetivo, incluindo emoções como medo, nervosismo e perturbação.

A versão utilizada é constituída por 22 itens (11 itens para cada uma das dimensões) e apresenta uma consistência interna indicada como adequada de $\alpha= 0,82$ para a escala de afeto positivo e de $\alpha= 0,85$ para a escala de afeto negativo. O sujeito avalia numa avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em medida experimentou num determinado intervalo de tempo cada uma das emoções, em que corresponde a seguinte legenda “Se experienciou esse sentimento ou emoção...” 1 - muito, pouco ou nada; 2 - um pouco; 3 - Mais ou Menos; 4 - Muito; e 5- MUITÍSSIMO. No nosso estudo apresenta um *alfa* de Cronbach da afetividade positiva de 0,81 e na escala da afetividade negativa 0,86.

Escala de Otimismo de Barros

Para avaliar o otimismo foi utilizada uma medida de Barros (1998 citado por Faria, 2004), construída a partir de LOT-R. O autor refere que a escala apresenta razoáveis qualidades psicométricas que permitem avaliar o otimismo pessoal/disposicional, apesar de ser constituída por apenas quatro afirmações. São elas: 1) Encaro o futuro com otimismo, 2) Tenho esperança de conseguir o que realmente desejo, 3) Faço Projetos pra o futuro e penso que os realizei, e 4) Em geral considero-me uma pessoa otimista. Os participantes manifestam o seu julgamento com recurso a uma escala de tipo *Likert* de 5

pontos, com a seguinte correspondência: 1. Totalmente em desacordo (absolutamente não); 2. Bastante em desacordo (não); 3. Nem de acordo, nem desacordo (mais ou menos); 4. Bastante de acordo (sim); e 5. Totalmente de acordo (absolutamente sim). No estudo de validação (Barros, 1998) a escala apresentou um índice de consistência 0,75. No nosso estudo apresenta um *alfa* de Cronbach de 0,84.

Escala da Esperança de Barros Oliveira

Por fim, no sentido de avaliar a esperança foi utilizado uma escala de Barros Oliveira (2003), elaborada uma a partir da Teoria Psicológica sobre a Esperança e constituída por 6 itens, organizado numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, de 1. Totalmente em desacordo a 5. Totalmente de acordo. A pontuação total da esperança calcula-se pelo somatório das respostas aos seis itens, com um mínimo possível de 6 e um máximo de 30. De acordo com a investigação que tem sido desenvolvida com recurso a este instrumento, os valores superiores indicam nível elevados de esperança, ou seja fazem supor uma pessoa com esperança, feliz, e satisfeita. Já os resultados inferiores fazem supor o contrário, nomeadamente com “pouca esperança” os que obtenham escores inferiores 15 pontos (Barros-Oliveira, 2003). No estudo original a escala apresentou um coeficiente *alfa* de *Cronbach* de 0.80), um valor considerado elevado dado o número reduzido de itens da escala. No nosso estudo verificamos um índice de consistência interna de 0,84.

7.3. Procedimento

A recolha de dados para o presente estudo realizou-se no âmbito de uma investigação desenvolvida por uma equipa internacional de investigadores, brasileiros e portugueses, e liderado pela Universidade Federal do Amazonas, designado “Mapeamento do contexto socioeducativo e avaliação do bem-estar subjetivo, bem-estar psicossocial, resiliência, otimismo e esperança de povos e comunidades tradicionais do Amazonas, analisando seus efeitos sobre o exercício da cidadania”. A participação portuguesa inclui a parceria da Universidade do Algarve.

A amostra foi selecionada de forma aleatória e representativa da população em estudo. Os inquiridos participaram anonimamente e voluntariamente da investigação após

serem informados dos objetos, foram observados os procedimentos éticos vigentes perante os dados pretendidos.

O tratamento estatístico dos mesmos será efetuado com recurso ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 22).

8. Apresentação e análise dos resultados

Na Tabela 8.1 é apresentada a estatística descritiva dos resultados e as correlações entre as variáveis em estudo (bem-estar subjetivo, otimismo, satisfação com a vida, emoções negativas, emoções positivas, ansiedade stresse e depressão).

Tabela 8.1 - Estatística descritiva dos resultados e correlações entre as variáveis

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. BES		0,39***	0,73***	0,43***	0,64***	- 0,53***	- 0,22***	- 0,28***	- 0,30***
2. Otimismo			0,25***	0,57***	0,37***	-0,13*	-0,19*	-0,12*	-0,14 **
3. Satisfacção				0,27***	0,27***	- 0,15**	-0,12*	-0,10	-0,15**
4. Esperança					0,41***	-0,15**	-0,15**	-0,21***	-0,18**
5. PA						0,04	-0,03	-0,05	- 0,12*
6. NA							0,28***	0,39***	0,30***
7. Ansiedade								0,84***	0,84***
8. Stresse									0,82***
9. Depressão									
Média	0,01	17,48	17,44	27,00	41,00	29,18	12,76	13,93	12,78
DP	1,93	2,86	4,60	3,75	7,50	9,49	5,46	5,60	5,48
Min	-4,47	4,00	5,00	8,00	17,00	11,00	7,00	7,00	7,00
Máx	4,47	20,00	25,00	30,00	55,00	54,00	28,00	28,00	28,00

Nível de significância de * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Legenda: 1 – Bem-estar subjetivo, 3 – Satisfacção com a vida, 5. – Afetividade positiva, 6 – Afetividade negativa, DP – Desvio-padrão, Min – mínimo, Máx – Máximo

Como podemos verificar na mesma tabela, os participantes apresentam um valor médio superior na dimensão da afetividade positiva ($M=41,00$; $DP=7,5$), por comparação com o resultado na afetividade negativa ($M=29,18$; $DP=9,49$). A esperança apresenta um valor médio de $27,00$ ($DP=3,75$), encontrando-se na metade superior da amplitude teórica e próxima do valor máximo. Situação idêntica observa-se em relação ao otimismo ($M=17,48$; $DP=2,86$) e à satisfação com a vida ($M=17,44$; $DP=4,60$). Por último, verifica-se que os participantes apresentam, por ordem decrescente, níveis de stresse ($M=13,93$; $DP=5,60$), de depressão ($M=12,78$; $DP=5,48$) e de ansiedade ($M=12,76$; $DP=5,46$), ligeiramente acima da metade superior da amplitude teórica.

Ainda na Tabela 8.1, observam-se as relações entre as diversas mediadas psicológicas, as quais se revelam, na íntegra, de acordo com o sentido teórico e são estatisticamente significativas.

Uma análise intra-dimensões permite identificar associações concordantes com o significado de cada escala. O Bem-estar subjetivo associa-se de forma positiva com a afetividade positiva ($r=0,64$) e com a satisfação com a vida ($r=0,73$) e, de forma inversa, com a afetividade negativa ($r=-0,53$). O stresse associa-se de forma positiva com a ansiedade ($r=0,84$) e com a depressão ($r=0,82$), bem como esta última variável se associa de forma igualmente positiva com a ansiedade ($r=0,84$).

Uma análise inter-dimensões revela associações positivas entre o bem-estar subjetivo, a afetividade positiva e a satisfação com a vida com o otimismo (respetivamente, $r=0,39$; $r=0,37$; $r=0,25$) e com a esperança (respetivamente, $r=0,43$; $r=0,41$; $r=0,27$). Pelo contrário, a afetividade negativa revela associações negativas com o otimismo e com a esperança ($r=-0,13$). A mesma variável de afetividade negativa apresenta associações em sentido positivo com as variáveis de perturbação da saúde mental, ou seja, com o stresse ($r=0,39$), a ansiedade ($r=0,28$) e a depressão ($r=0,30$).

Na Tabela 8.2 apresentamos as médias e desvio-padrão por etnia. A análise de resultados revela o seguinte. Os participantes de raça branca apresentam resultados superiores no otimismo ($M=18,00$; $DP=2,43$), na esperança ($M=27,44$; $DP=3,17$), na afetividade negativas ($M=30,09$; $DP=10,21$) e no stresse ($M=14,34$; $DP=5,89$). Os participantes da raça negra apresentam resultados superiores na dimensão da afetividade positiva ($M=41,68$; $DP=6,52$), e, por outro lado, os participantes da raça indígena apresentam níveis mais elevados no bem-estar subjetivo ($M=0,36$; $DP=1,98$), bem como na ansiedade ($M=14,09$; $DP=6,16$) e na depressão ($M=13,42$; $DP=13,42$).

Apesar da análise de variância sugerir diferenças estatisticamente significativas na satisfação com a vida, a aplicação do teste Post Hoc (Teste de Scheffé) não a confirma. Em suma, as raças não apresentam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões estudadas ou seja os julgamentos que fazem da vida não divergem de modo relevante.

Na Tabela 8.3, apresentamos a distribuição de resultados nas medidas estudadas em função do município. Podemos observar que os participantes do município de Manaus apresentam resultados superiores nas dimensões da satisfação com a vida ($M=17,67$; $DP=4,53$), da afetividade positiva ($M=40,98$; $DP=7,74$) e da afetividade negativa ($M=29,98$; $DP=9,60$). Os participantes de Benjamin Constant apresentam resultados superiores nas

dimensões do bem-estar subjetivo (M=0,29; DP=1,98), na esperança (M=27,23; DP=3,88), na ansiedade (M=14,31; DP=6,80), no stresse (M=14, 87; DP=6,92) e na depressão (M=14,04; DP=6,59). Por fim, os participantes de Tabatinga apresentam resultados superiores apenas na dimensão do otimismo (M=17,5; DP=2,72).

Tabela 8.2 – Distribuição de resultados em função da etnia (n=369)

Variância	Branca		Negra		Indígena		Parda-Morena		Z	Sig.
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
BES	0,18	1,89	0,30	2,10	0,36	1,98	-0,30	1,80	2,252	0,082
Otimismo	18,00	2,43	16,81	3,57	17,18	3,78	17,33	2,94	2,412	0,067
Satvida	18,17	4,67	17,04	4,75	18,77	3,37	16,72	4,53	3,165	0,025
Esperança	27,44	3,17	26,22	4,05	26,80	4,49	26,76	3,91	1,567	0,197
PA	41,37	7,77	41,68	6,52	38,66	9,87	40,04	7,20	1,462	0,225
NA	30,09	10,21	26,72	9,33	26,42	8,28	29,71	8,72	2,173	0,091
Ansiedade	12,89	5,75	13,01	5,43	14,09	6,16	12,66	5,21	0,445	0,721
Stresse	14,34	5,89	13,47	5,76	14,00	5,45	14,00	5,35	0,305	0,822
Depressão	12,64	5,77	12,86	6,14	13,42	4,44	12,86	5,51	0,168	0,918

Legenda: BES – Bem-estar subjetivo, Satvida – Satisfação com a vida, PA – Afetividade positiva, NA – Afetividade negativa, DP – Desvio-padrão.

Tabela 8.3 – Distribuição de resultados em função do município

Variância	Manaus		Benjamim Constant		Tabatinga		Z	Sig.
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
BES	0,01	1,90	0,29	1,98	-675	1,92	2,341	0,098
Otimismo	17,49	2,97	17,48	3,06	17,50	2,72	0,000	1,000
Satvida	17,67	4,53	17,54	4,67	15,21	4,63	4,140	0,017
Esperança	26,94	3,69	27,23	3,88	26,37	3,92	0,650	0,523
PA	40,98	7,74	40,08	7,08	39,50	6,13	0,749	0,474
NA	29,98	9,60	26,19	8,50	29,15	9,11	4,640	0,010
Ansiedade	12,12	4,85	14,31	6,80	13,68	5,50	5,780	0,003
Stresse	13,57	5,08	14,87	6,92	14,30	5,59	1,804	0,166
Depressão	12,22	4,96	14,04	6,588	13,90	5,78	4,334	0,014

Legenda: BES – Bem-estar subjetivo, Satvida – Satisfação com a vida, PA – Afetividade positiva, NA – Afetividade negativa, DP – Desvio-padrão

A análise de variância através da comparação de média pela ANOVA revela diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da satisfação com a vida

($z=4,541$; $p=0,017$), na afetividade negativa ($z=4,643$; $p=0,010$), na ansiedade ($z=5,787$; $p=0,003$), e na depressão ($z=4,334$; $p=0,014$).

A aplicação do teste de contraste (Teste de Scheffé) confirma a existência de diferenças estatisticamente significativas, favoráveis aos participantes de Manaus quando comparados com os participantes Tabatinga na dimensão de satisfação com a vida ($p=0,017$) e quando comparados com os participantes de Benjamim Constant, na afetividade negativa ($p=0,01$). Observamos, ainda, diferenças favoráveis aos participantes de Benjamim Constant na dimensão ansiedade ($p=0,006$), na depressão ($p=0,028$), quando comparados com os participantes de Manaus.

Tabela 8.4 – Média e desvio-padrão dos resultados em função do género

	Femenino		Masculino		t	p
	Média	DP	Média	DP		
BES	0,00	1,94	0,02	1,93	-0,098	0,922
Otimismo	17,73	2,76	17,21	3,14	1,716	0,087
Satvida	17,58	4,63	17,28	4,59	0,617	0,538
Esperanca	27,06	3,74	26,81	3,76	0,634	0,526
PA	41,21	7,30	40,04	7,71	1,545	0,123
NA	30,50	9,40	27,64	9,39	2,837	0,005
Ansiedade	12,56	5,48	12,96	5,45	-0,712	0,477
Stresse	13,80	5,70	14,07	5,50	-0,475	0,635
Depressão	12,16	5,18	13,44	5,74	-2,273	0,034

Legenda: BES – Bem-estar subjetivo, Satvida – Satisfação com a vida, PA – Afetividade positiva, NA – Afetividade negativa, DP – Desvio-padrão.

A tabela 8.4 apresenta as médias e os desvios-padrão dos resultados por género. Os participantes do sexo feminino registam valores mais elevados na dimensão do Otimismo ($M=17,73$; $DP=2,76$), na satisfação com a vida ($M=17,58$; $DP=4,63$) na esperança ($M=27,06$; $DP=3,74$), na afetividade positiva ($M=41,21$; $DP=41,21$) e, por fim, na afetividade negativa ($M=30,50$; $DP=9,40$). Pelo contrário, os participantes do sexo masculino apresentam resultados médios mais elevados no stresse ($M=14,07$; $DP=5,50$), na ansiedade ($M=12,96$; $DP=5,45$) e na depressão ($M=13,44$; $DP=5,74$).

A análise de variância de resultados em função ao género revela algumas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente nas dimensões do otimismo ($t=1,716$; $p=0,087$), da afetividade negativa ($t=2,837$; $p=0,005$) e da depressão ($t=-2,273$; $p=0,034$).

Tabela 8.5

Média e desvio-padrão dos resultados em função do grupo etária

Variância	Jovem adulto (18/25)		Adulto (26/45)		Z	Sig
	Média	DP	Média	DP		
BES	-0,09	1,89	0,15	1,94	0,223	0,637
Otimismo	17,33	3,11	17,69	2,67	4,250	0,039
Satvida	17,40	4,59	17,41	4,63	0,038	0,844
Esperança	26,64	3,89	27,57	3,30	3,620	0,057
PA	41,00	7,55	40,16	7,38	0,010	0,913
NA	30,43	9,53	27,16	8,72	1,010	0,315
Ansiedade	12,96	5,47	12,33	5,29	0,170	0,675
Stresse	14,48	5,72	12,82	5,04	3,450	0,063
Depressão	13,08	5,56	12,17	5,23	0,760	0,383

Legenda: BES – Bem-estar subjetivo, Satvida – Satisfação com a vida, PA – Afetividade positiva, NA – Afetividade negativa, DP – Desvio-padrão.

Na Tabela 8.5 observa-se que os Jovens adultos apresentam níveis mais elevados de afetividade positiva (M= 30,43; DP=9,53), afetividade negativa (M=30,43; DP=9,53), bem como de ansiedade (M=12,96; DP=5,47), de stresse (M=14,48; DP=5,72) e de depressão (M=13,08; DP=5,56). Já os participantes adultos apresentam valores favoráveis no otimismo (M=17,69; DP 2,67), na satisfação com a vida (M=17,41; DP 4,63), na esperança (M=27,57; DP=3,30) e no bem-estar subjetivo (M= 0,15; DP=1,94). Nesta análise foram excluído os participantes com idades superiores a 45 anos pois a amostra existente é demasiado pequena para a comparação com os outros dois grupos.

A análise de variância de resultados em função da idade apresentam algumas diferenças estatisticamente significativas nomeadamente nas dimensões do otimismo (z=4,250; p=0,039) e duas diferenças marginais, no stresse (z=-3,450;p=0,063) e na esperança (z=3,620;p=0,057). Salienta-se com maior destaque o nível stresse nos jovens adultos.

Tabela 8.6

	já visitou um psicólogo?				Z	Sig
	Média		DP			
	sim	não	sim	não		
BES	-0,29	0,07	1,90	1,93	0,010	0,921
Otimismo	17,32	17,52	3,56	2,82	2,510	0,114
Satvida	17,78	17,37	4,62	4,61	0,006	0,938
Esperança	26,62	27,01	3,56	3,79	0,645	0,422
PA	40,57	40,74	7,01	7,62	0,218	0,641
NA	31,71	28,63	9,36	9,45	0,218	0,641
Ansiedade	13,27	12,64	5,30	5,51	0,019	0,892
Stresse	15,01	13,69	5,22	5,66	0,413	0,521
Depressão	13,45	12,63	5,42	5,48	0,286	0,593

Legenda: BES – Bem-estar subjetivo, – Satisfação com a vida, PA – Afetividade positiva, NA – Afetividade negativa, DP – Desvio-padrão.

Na Tabela 8.6 observa-se que os sujeitos que já recorreram aos serviços de um psicólogo apresentam níveis mais elevados no stresse (M= 15,01; DP=5,22), na depressão (M=13,45; DP=5,42), bem como de ansiedade (M=13,27; DP=5,30) e afetividade negativa (M=31,71; DP=9,36). Embora os participantes que já tenham recorrido aos serviços de um psicólogo sejam os que detém superiores níveis de stresse, de ansiedade, de depressão e de afetividade negativa, a análise de variância não evidencia diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à distribuição do recurso aos serviços de um psicólogo em função da etnia/cor, verificámos que os participantes que já recorreram ao psicólogo são, por ordem decrescente, os participantes da raça Parda-Morena (n=32), seguida pelos da raça Branca (n=23), os participantes da raça negra (n=10) e, por fim, a indígena com apenas dois participantes. Segundo os dados apresentados na Tabela 8.7, verifica-se que de um total de 369 participantes, somente 62 já recorreram aos serviços especializados de um profissional de psicologia.

Tabela 8.7

Distribuição do recurso aos serviços psicológicos em função da etnia.

		Etnia/cor				
		Branca	Negra	Indígena	Parda-morena	Total
Já visitou psicólogo?	Sim	23	10	2	32	67
	Não	109	42	20	131	302

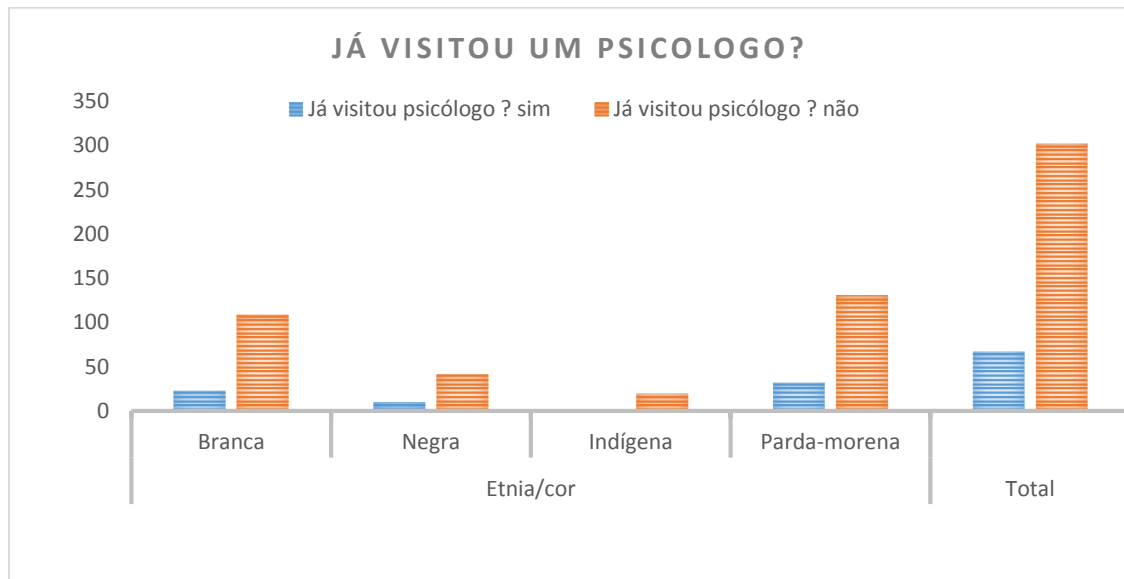


Figura 1: Frequência do recurso à consulta psicológica por raça

Tabela 8.8

Correlação entre o número de vezes e as dimensões psicológicas em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	-0,12	-0,29*	-0,21	-0,26	0,30*	-0,04	-0,04	0,06	-0,31*	

Legenda: 1-Otimismo 2-Satisfação com a vida 3-Esperança 4-Afetividade positiva 5- Afetividade negativa 6-Ansiedade 7-Stresse 8-Depressão 9-BES 10- Se sim, quantas vezes ao ano?

Por último observam-se as relações entre as diversas mediadas psicológicas e número de vezes ao ano em que os participantes recorrem ao psicólogo.

No número de vezes de consulta ao psicólogo associa-se de forma negativa com o bem-estar subjetivo ($r=-0,31$) e com a satisfação com a vida ($r=-0,29$), por outro lado a medida que aumenta o número de consultas aumenta também a afetividade negativa ($r=0,30$).

Com vista a podermos testar a hipótese que formulámos, elaboramos uma equação de regressão hierárquica e consideramos como variáveis independentes, as medidas de manifestação de perturbação de saúde mental (Bloco 1) e as variáveis de otimismo e de esperança (Bloco 2) e procurámos avaliar em que medida estas variáveis explicam a variabilidade no bem-estar subjetivo, enquanto medida compósita e cada uma das suas componentes (afetividade positiva, afetividade negativa, satisfação com a vida).

Na tabela 8.9 encontram-se expostos os respetivos coeficientes de regressão para as variáveis em questão

Tabela 8.9
Regressão hierárquica múltipla para o bem-estar subjetivo.

Variável Dependente	Afetividade Positiva		Afetividade Negativa		Satisfação com a vida		Bem-estar subjetivo	
	Bloco 1	Bloco 2	Bloco 1	Bloco 2	Bloco 1	Bloco 2	Bloco 1	Bloco 2
Bloco 1								
Ansiedade	0,140	0,129	- 0,182	-0,183	-0,021	-0,037	0,156	0,145
Stresse	0,047	0,104	0,504	0,500*	0,049	0,105	-0,208	-0,156
Depressão	-0,272*	-0,217	0,043	0,030	-0,152	-0,134	-0,258*	-0,208
Bloco 2								
Otimismo	-	0,194*	-	-0,067	-	0,102	-	0,198*
Esperança	-	0,306*	-	-0,032	-	0,214*	-	0,271*
Adjust r^2	0,014	0,202	0,151	0,154	0,009	0,082	0,092	0,256
R^2	0,023	0,214	0,159	0,167	0,017	0,095	0,101	0,267
R^2 Mudança	0,023	0,191	0,159	0,008	0,017	0,077	0,101	0,167
F	2,590	18,010	21,031	13,273	2,066	7,345	12,372	24,090
P	0,053	0,000	0,000	0,000	0,204	0,000	0,000	0,000

Abreviaturas : Adjust $r^2 = R^2$ =coeficiente de determinação, R^2 Mudança =valor do R^2 da mudança (change).

Considerando a afetividade positiva como variável dependente, o conjunto das variáveis incluídas na equação de regressão explicam 21,4% da variância desta dimensão ($R^2=0,214$; $F=18,010$, $p=0,000$), 20,2% se tivermos em consideração os valores corrigidos. Individualmente, o bloco 1 explica 2,3% ($F=2,590$, $p=0,053$) mas apresenta uma significância marginal, enquanto o bloco 2 explica 19,1% ($F=40,225$, $p<0,000$).

Passando para a análise dos preditores, verificamos que no bloco 1, a depressão influencia de modo inverso a afetividade positivo ($\beta=-0,272$, $p=0,022$). No bloco 2, as variáveis preditores que explicam a variância da afetividade positiva são, por ordem decrescente, a esperança ($\beta=0,306$, $p<0,000$), a depressão em sentido negativo ($\beta=-0,217$, $p=0,022$) e o otimismo ($\beta=0,194$, $p=0,002$).

Observando a afetividade negativa como variável dependente o conjunto das variáveis incluídas na equação de regressão explicam 16,7% da variância da afetividade negativa ($R^2=0,167$, $F=13,273$, $p=0,000$), 15,4% se considerarmos os valores corrigidos. Individualmente, o bloco 1 explica 15,9% ($F=21,031$; $p<0,000$), enquanto o bloco 2 explica, apenas, 0,8% ($F=1,536$; $p=217$) e não é estatisticamente significativo .

Passando para a análise dos preditores, verificamos no bloco 1 que o stresse influencia a afetividade negativa ($\beta=-0,504$, $p=0,000$). No bloco 2, mantém-se a mesma variável preditor, é a dimensão do stresse ($\beta =0,500$, $p<0,000$).

Já no que diz respeito á Satisfação como vida a variável dependente o conjunto das variáveis incluídas na equação de regressão explicam 9,5% da variância da satisfação com a vida ($R^2=0,095$, $F=7,345$, $p=0,000$), 8% se consideramos os valores corrigido. Individualmente, o bloco 1 explica 0,1% ($F=2,066$; $p=0,104$), enquanto o bloco 2 explica, 0,7% ($F=7,345$; $p=0,000$) estatisticamente significativo.

Passando para a análise dos preditores, verificamos no bloco 1 que a ansiedade ($\beta=-0,021$ $p=-0,190$) e a depressão ($\beta=-0,152$ $p=-1,445$) influencia de modo inverso a satisfação com a vida ainda que não se manifeste estatisticamente significativo, No bloco 2 a esperança ($\beta=-0,214$, $p=0,001$) é considerado o preditor estatisticamente significativo na satisfação com a vida.

Considerando o BES como variável dependente, o conjunto das variáveis incluídas na equação de regressão explicam 26,7%, da variância desta dimensão ($R^2=0,267$, $F=24,090$, $p<0,000$), 25,6% se consideramos os valores corrigido. Individualmente, o bloco 1 explica 10,1% ($F=12,372$ $p<0,000$.) Enquanto o bloco 2 explica 16,7% ($F=24,090$, $p<0,000$).

Passando para a análise dos preditores, verificamos que no bloco 1, a depressão influencia de modo inverso o BES ($\beta =-0,258$, $p=0,011$). No bloco 2, as variáveis preditores que explicam a variância da do BES são, por ordem decrescente, a esperança

($\beta=0,271, p<0,000$), a depressão), em sentido negativo ($\beta =-0,208 p=0,023$) e o otimismo ($\beta=0,198, p=0,001$).

9. Discussão

O presente estudo propôs-se compreender e testar a relação do papel protetor de diferentes dimensões da Psicologia Positiva e de expressão saúde psicológica e mental, nomeadamente o otimismo e a esperança, na manifestação de stresse, ansiedade e depressão, e do impacto que estas dimensões podem ter no bem-estar subjetivo. Também é objetivo, recolher informação do impacto decorrente de aspetos culturais e socioeconômicas (como a raça, o índice de desenvolvimento humano municipal), bem como de variáveis demográficas (como o género) na expressão das dimensões psicológicas numa população específica.

Através da análise aos resultados da estatística descritiva das variáveis em estudo. Observamos que numa amostra de 369 sujeitos apenas 25% manifestam sintomatologia de stresse, 34% de ansiedade e 28% de depressão, em contra partida grande parte dos sujeitos, demonstram índices mais elevados nas dimensões positivas, confirmando os aspetos teóricos implícitos neste estudo.

Ainda que os resultados de stresse ansiedade e depressão revelem-se relativamente baixos, observamos nesta análise que o stresse é o que apresenta um valor médio mais elevado comparativamente à ansiedade e à depressão. Considerando estes valores verificou-se através dos dados estatísticos que o stresse destaca-se mais nos estudantes com níveis médios mais elevados comparativamente aos participantes de outras profissões.

Este resultado poderá, eventualmente, encontrar-se associado ao facto de grande parte da amostra ser constituída por estudantes e a literatura referir que o espírito académico, pode desenvolver quadros de maior stresse, ainda que possa ser caracterizado como positivo pelo entusiasmo, pela vontade, pela excitação, quando as pessoas encaram os desafios, as pressões do dia-a-dia como uma forma de crescimento pessoal e profissional (Lipp, 1996).

Todavia o stresse não deixa de estar associado de forma positiva com a ansiedade e com a depressão, conforme era teoricamente de esperar.

Contatou-se, ainda, que o stresse, a ansiedade e a depressão apresentam médias muito próximas sobretudo a depressão e ansiedade o que poderá estar relacionado com

cormobilidade entre ambas abordas na literatura. Watson (1991) refere que a depressão e a ansiedade encontram-se agrupadas, sendo difíceis de diferenciar empiricamente os dois conceitos. Clark e Watson (1991) descrevem que as pessoas ansiosas e deprimidas partilham uma estrutura básica: afetividade negativa ou distresse gera (citado por Pais-Ribeiro et al., 2004).

Em contra partida grande parte dos sujeitos, demonstram índices mais elevados nas dimensões positivas, confirmando os aspetos teóricos implícitos neste estudo.

Evidencia-se a independência dos afetos positivos e negativos, os afetos negativos detém valores médios mais elevados em relação à satisfação com a vida, porém o BES global correlaciona-se de forma positiva com a satisfação com a vida e com os afetos positivos. De acordo com estes valores podemos aferir que os sujeitos de forma global tem uma visão satisfeita das suas vidas.

Apesar do BES apresentar três características essenciais como a subjetividade, medidas positivas e avaliação global (Diener, 1984), o BES não deixa de ser uma experiência interna de cada sujeito (Campbell, 1976). Este resultado demonstra esta evidência pois, quando expressa aspetos positivos não significa, necessariamente, a ausência de afetos negativos, mas sim a predominância dos afetos positivos. O BES abarca uma avaliação global da vida de um longo período temporal, ou de experiências momentâneas.

A grande parte dos sujeitos valoriza menos o presente dando ênfase aos momentos vividos no passado e futuro, o que poderá encontrar-se associado aos níveis elevados de esperança evidenciados neste estudo, pois ainda que algumas pessoas tenham experienciado emoções negativas, estas podem ser percecionadas e lembradas mais tarde de uma forma positiva.

Observou-se, nesta análise, que as dimensões dos afetos positivos e a esperança encontra-se equiparados. Segundo Peterson (2000), a esperança exhibe emoções positivas douradas, enquanto a baixa esperança deverá exhibir emoções negativas. Estas duas dimensões são as que mais se evidenciam neste estudo de forma favorável, porém o otimismo e a satisfação com a vida também manifestam valores de significado idênticos. Estes valores poderão se encontrar relacionados com a amostra elevada de indivíduos estudantes, o otimismo aumenta a capacidade dos indivíduos para diversas situações nomeadamente a tolerância e resolução de obstáculos podem ter efeito sobre a realização académica (El-Anzi, 2005). Apesar de tanto o otimismo como a esperança estarem

relacionadas com a agência, os estudos tem correlacionado o desempenho académico com a esperança, uma vez que esta revela maior crescimento na realização de objetivos e caminhos (Peterson, 2000). No nosso estudo, a análise de variância dos resultados no otimismo e na esperança em função do estatuto profissional revelou valores médios semelhantes entre a população estudante e os demais profissionais.

Na análise de variância de resultados em função das etnias, os nossos resultados sugerem que a expressão, quer de dimensões positivas, quer das expressões negativas, ocorre de modo idêntico entre os sujeitos de diferentes raças. Ou seja, fazem supor que as expressões daquelas dimensões do universo psicológico não se revelam significativamente influenciáveis a eventuais diferenças de natura cultural e específica de cada etnia. Verificou-se, inclusive, que a dimensão com valor médio mais elevado em todas as raças é alusiva às emoções positivas. Porém, os participantes da raça indígena foram os apresentaram maior bem-estar subjetivo, bem como níveis superiores de ansiedade e de depressão. Este resultado poderá, porventura, estar relacionado com o facto dos participantes de raça indígena viverem em Benjamin Constant, onde as condições de cidadania são mais desfavoráveis, tal como iremos verificar nos próximos resultados, onde analisámos a variância de resultados em função do municípios.

Apuramos que os participantes de Benjamin Constant, apresentam resultados superiores nas dimensões do bem-estar subjetivo e de esperança, contudo contrariando o que seria espectável detém maiores níveis de ansiedade, de stresse e de depressão. Podemos admitir, eventualmente, que o baixo nível de desenvolvimento, encontra-se associado a este resultado. Este município enfrenta, ainda, muitos problemas, a falta de recursos, de infraestruturas, saneamento básico, acesso de comunicação precário, problemas de distância e logística, sendo a mão-de-obra especializada baixa em diversas áreas, nomeadamente na saúde e na educação. Do ponto de vista social, salienta-se o tráfico e consumo de droga com altos índices de criminalidade que pode explicar os índices elevados de ansiedade e depressão. Este fatores socioculturais podem só por si explicar este fenómeno que envolve ainda dimensões positivas, tais como o BES que por si só constitui um aspecto de bem-estar psicológico necessário mas não suficiente para consideramos uma pessoa psicologicamente saudável. Segundo Diener (2001, citado por Albuquerque & Trocólí, 2004) uma pessoa pode ser ou estar insana e se sentir muito feliz. Já outra pessoa pode estar bem em muitos aspetos de sua vida, mas não ser particularmente feliz. Contudo a esperança implícita neste resultado também se revela alta que demonstra de, modo geral, que ainda que a população que subsista com o mínimo

ou poucos indicadores de cidadania acreditam em futuro melhor que coisas boas poderão vir acontecer no futuro. Apesar de não terem motivos para acreditar num futuro mais promissor, comparando com os Tabatinga e Manus pensam que o futuro será melhor que o passado, não desanimam facilmente contra as adversidades e consideram-se pessoas cheias de esperança. Podemos considerar que indicadores de esperança podem ser suportadas pela forte influência que a diocese tem nesta comunidade. Tal como referido neste estudo Deus e outras entidades espirituais contribuem para o processo de bem-estar subjetivo revelando-se forte preditor no âmbito da esperança (Garcia & Sison 2012). Outra possibilidade pode ter em conta a aposta na educação com a construção de um campus e projetos que envolve toda a população, município, universidade e a diocese para o desenvolvimento local.

Já os participantes do município de Tabatinga apresentam-se com mais otimismo. Este município já tem uma faixa de desenvolvimento humano médio, e tendo em conta este fator é possível que melhores indicadores de cidadania promovam o otimismo disposicional resultado das possíveis expectativas gerais sobre o mundo. O otimismo tal como acima mencionado é largamente influenciado pelos outros e por forças exteriores ao *self* (o estilo explanatório atribucional). O maior suporte social irá certamente contribuir para o otimismo. Salienta-se, ainda, diferenças favoráveis aos participantes de Benjamim Constant na dimensão ansiedade e depressão, mas quanto ao stresse este predomina a este município. Talvez porque os participantes deste município enfrentam mais de eventos stressores com a evolução e as consequentes constantes mudança, o stresse provoca uma reação muito forte do organismo quando o indivíduo enfrenta qualquer tipo de evento, seja ele bom ou mau e que modifica a vida do sujeito (Lipp, 1996), e talvez essa seja a explicação encontrada para os participantes de Tabatinga que manifestam menor satisfação com a vida, quando comparadas com os participantes de Manus.

Por fim, em Manaus não só revela maior índice de satisfação com a vida, como níveis superiores da afetividade positiva, e da afetividade negativa. É também o município que apresenta menores níveis de stresse ansiedade e depressão.

A esperança é outra dimensão em que os valores se aproximam muito de Benjamim Constant, contudo parece que a esperança aponta para um outro sentido. Verificamos as seguintes questões face á esperança, “luto para atingir os meus objetivos”

e “sei que tenho competência para conseguir o que quero na vida” que revelam valores mais elevados quando comparados com Benjamin Constant.

Os resultados desta análise pode estar relacionada com o suporte á educação uma vez que grande parte dos estudantes encontram-se neste município.

Manus é considerado o que detém maior faixa de desenvolvimento humano melhor situação social e económica, este fenómeno do desenvolvimento sociológico, económico, histórico e psicológico desenvolve mudanças e impulsiona a esperança existido maior acesso á saúde e educação. A esperança aqui poder ser vista como uma combinação de (A) os pensamentos que o sujeito tem sobre a sua capacidade de desenvolver caminhos para os seus objetivos e (B) um senso de agência pessoal sobre o alcance dos mesmos. Desde modo, podem ser identificados dois vetores diferentes no constructo de esperança: o *willpower* que diz respeito ao quanto se acredita ser capaz de alcançar determinados objetivos e o *waypower* relativo ao quanto se é capaz de formular planos eficazes para os alcançar (Snyder et al., 1996).

Os participantes de Manus tal como de Tabatinga apresentam menores níveis de ansiedade e depressão e maior nível de stresse, o que nos leva ao encontro uma vez mais, á possibilidade de encontra-se associado ao estado académico e as constantes alterações e dinamismo que representa o desenvolvimento.

Em relação à variabilidade em função do género verificou-se que os participantes do sexo feminino apresentam níveis superiores nas dimensões positivas nomeadamente no otimismo, na satisfação com a vida, na esperança, na afetividade positiva, e menores níveis de stresse, ansiedade e depressão.

Estas evidências vão de acordo ao expectável em termo teóricos, de que quanto maior forem os níveis nas dimensões positivas, menores se revelem as manifestação de perturbação de saúde mental. A curiosidade dos nossos resultados é o facto dos participante do sexo masculino obterem valores mais elevados no âmbito da depressão, o que contraria, de certa forma, algumas estatísticas da OMS (2005), apontando as mulheres, com maiores índices nesta patologia, apesar considerarem que pode variar em diferentes populações.

Em relação à faixa etária, os participantes jovens adultos da nossa amostra são menos otimistas menos esperançosos e detém menor satisfação com a vida e bem-estar subjetivo. Por outro lado, apresentam superiores índices de afetividade positiva, ansiedade, stresse e depressão. Mais uma vez, estes resultados acompanham a literatura explanada neste estudo.

Se consideramos que os participantes de Benjamin Constant 16,5% de jovens adultos e somente 4% de adultos, podemos explicar os indicies de ansiedade e depressão, nos jovens adultos.

Manus também revela 43,6% de jovens adultos comparativamente aos adultos 23% o que poderá explicar o destaque nos níveis de stresse.

Às questões se “já procurou um psicólogo”, os participantes de Benjamin Constant revelam valores mais elevados face aos de Manus e Tabatinga. Porém, à questão “se sim, quantas vezes”, os participantes de Manus revelam valores mais elevados, seguido dos de Tabatinga. Estes resultados vão ao encontro dos pressupostos apresentados, pois apesar de Benjamin Constant apresentar maior sintomatologia de stresse, ansiedade e de depressão, os recursos socioeconómicos e a falta de técnicos especializados não permite um acompanhamento psicológico sistemático e continuado.

Por último, o modelo de regressão apontou para relações estatisticamente significativas, que permitem-nos confirmar a hipótese que formulámos. O cálculo das diferentes equações de regressão hierárquica levou-nos à constatação do poder protetor (variável mediadora) da esperança e do otimismo, na influência das variáveis de stresse, ansiedade e depressão sobre o bem-estar subjetivo, quer na sua medida compósita, quer nas suas componentes de afeto positivo. Discutimos, de seguida, as diversas influências identificadas.

Considerando como variável dependente a medida global de bem-estar subjetivo, verificamos um poder preditivo do otimismo e da esperança e uma influência, em sentido negativo, da depressão.

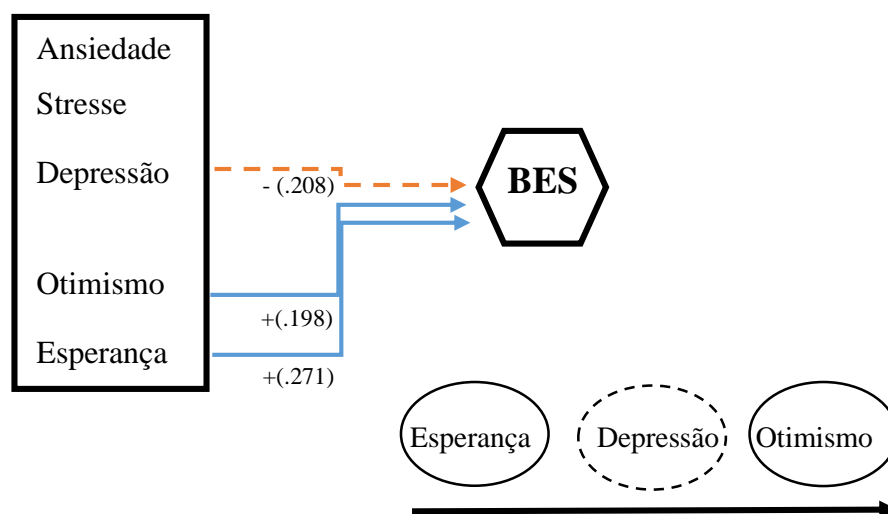


Figura XX – Representação gráfica da regressão hierárquica para a variável dependente bem-estar subjetivo

Quando consideramos como variável dependente a medida global de afetividade positiva, verificamos um poder preditivo da esperança e do otimismo e uma influencia, em sentido negativo, da depressão. Em suma, a equação de regressão sugere poderes preditivos equivalente para o bem-estar subjetivo e para a afetividade positiva.

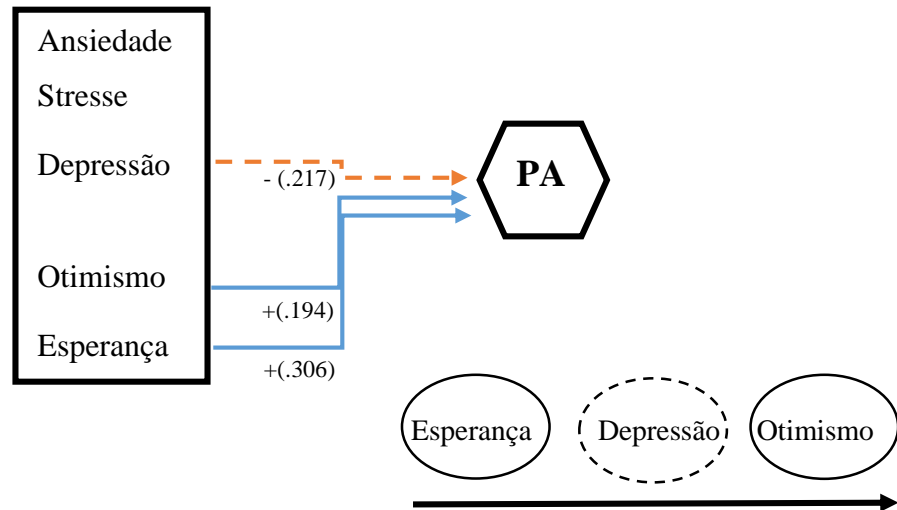


Figura XX – Representação gráfica da regressão hierárquica para a variável dependente, afetividade positiva.

Quando aplicamos a equação de regressão, tomando por referencia a variável dependente da satisfação com a vida, evidencia-se um poder preditivo associado à dimensão da esperança.

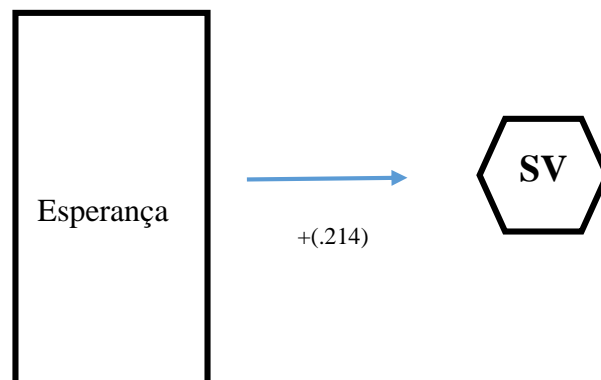


Figura XX – Representação gráfica da regressão hierárquica para a variável dependente, satisfação com a vida.

Por último, quando aplicamos a equação de regressão, tomando por referência a variável dependente da afetividade negativa, evidencia-se um poder preditivo associado ao stresse.

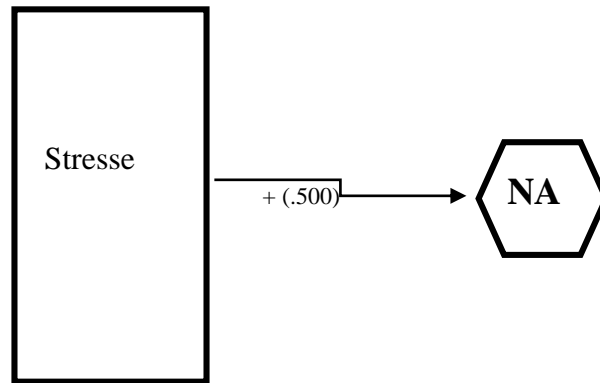


Figura XX – Representação gráfica da regressão hierárquica para a variável dependente afetividade negativa.

Assim, para os participantes do nosso estudo, a esperança é o principal preditor quer da componente afetiva (PA), quer do componente cognitiva (SV) do bem-estar subjetivo. Tal como refere o modelo integrativo entendemos que tanto as dimensões gerais da personalidade como cognitivas, independentemente do desenvolvimento socioeconómico, podem ter influência direta na elevação do nível de esperança. A forma como os sujeitos avaliam e compreendem as suas vidas é, de forma geral, positiva com maior pré-disposição para exibir emoções positivas, que, por sua vez, irá diminuir possíveis quadros de depressão. Se tivermos em consideração que os três municípios estudados revelam realidades socioeconómicas e circunstâncias de vida completamente diferentes, porém apresentando níveis equiparados de esperança, conseguimos aferir que a forma como estes participantes compreendem os eventos da sua vida, e a interpretação que dão influenciam positivamente o seu bem-estar subjetivo. A esperança tem assim um valor imperativo nas dimensões positivas tal como referido por Fromm (1978, citado por Barros Oliveira, 2010, p. 91), “quando a esperança desaparece, acaba a vida efetiva ou em potência. A esperança é um elemento intrínseco da estrutura da vida, da dinâmica do espírito humano”. Trata-se de uma atitude, emoção, valor, virtude, ou como lhe quisermos chamar, das mais positivas ou necessárias para o ser humano.

Partindo deste pressuposto e ao encontro do que Ellis as pessoas tendem a dar um sentido á vida estabelecendo tal como na dimensão da esperança objetivos e metas, e segundo Beck no seu conceito de tríade cognitiva, a desesperança e o neurotismo é um dos principais preditores para a depressão. Segundo Seligman, et al (1979) os sujeitos deprimidos tendem a atribuir os resultados positivos a fatores externos e instáveis e os negativos a fatores internos, estáveis e globais. Talvez essa seja a razão pela qual a depressão influencia mais no BES e afetividade positiva que o otimismo. O otimismo tal como refere Snyder el al (2000) são expectativas mais formadas pelos outros e forças exteriores ao *self* contrariamente á dimensão da esperança.

Quanto ao stresse, observamos a forte influência na afetividade negativa, enquanto a depressão reduz a afetividade positiva. Este fenómeno ocorre porque, tal como explanado, o stresse não passa de um acontecimento precipitante de acontecimentos externos ou internos em que inevitavelmente experimenta emoções fortes negativas, podendo, porém, experienciar posteriormente diversas emoções positivas, os estados de stresse são cada vez mais frequentes e comuns nos dias atuais.

Todavia, a afetividade negativa reflete desprazer e mal-estar subjetivo, incluindo emoções como medo, nervosismo e perturbação é também menos estável sintomas que estão evidentemente associados á depressão, porem esta patologia não permite que o sujeito experiencie prazer, entusiasmo, inspiração determinação, e nesta ótica é natural a forte relação com a diminuição da afetividade positiva, pois o ânimo do sujeito não o permite limitando-se a perceber o mundo e a realidade, de forma desajustada e distorcida.

Conclusão

Foram dadas as respostas e confirmada a hipótese formulada neste estudo, que vão ao encontro de grande parte das investigações neste domínio.

Foi confirmada a utilidade da aplicação dos paradigmas da psicologia positiva e ao universo da psicologia clínica e da saúde. Destacamos, a este nível, o papel do otimismo e da esperança, como fatores protetores do bem-estar subjetivo, nomeadamente da influência negativa do stresse, da ansiedade e da depressão sobre o bem-estar subjetivo. O reconhecimento desta relação causal terá implicações práticas tão relevantes como a prevenção da saúde mental estabelecimento de estratégias de tratamento.

Ficou evidente, ainda, a existência de uma correlação negativa entre o stresse, a ansiedade, a depressão e das emoções negativas com o bem-estar subjetivo, o otimismo, a satisfação com a vida, a esperança e a afetividade positiva.

Constatou-se que os participantes que vivem na região Humaitá na Amazônia ainda que se encontrem em três municípios com níveis de desenvolvimento socioeconómicos e de qualidade de vida distintos, detém níveis de ansiedade, stresse e depressão relativamente baixos, salientado a esperança e a afetividade positiva. Contudo ressalva-se a influência significativa da falta de recursos em Benjamim Constant., que apesar dos níveis mais elevados nas dimensões positivas nomeadamente a esperança e BES detém maior índice de sintomatologia no âmbito da saúde mental. Podendo assim aferir que de facto o BES por si só constitui um aspeto de bem-estar psicológico necessário mas não suficiente para consideramos uma pessoa psicologicamente saudável. Será assim imperativo desenvolver objetivos com vista a melhorar não só os índices de desenvolvimento humano como social nos habitantes, dando respostas concretas ao acesso à educação, saúde, trabalho, infraestruturas necessárias para a qualidade de vida desta população. Este aspecto revelou-se fundamental para a satisfação com a vida através dos indicadores de Manus, que detém maior índice de desenvolvimento humano, e menor sintomatologia de ansiedade e depressão, revelando maior acesso à saúde particularmente uma maior afluência ao psicólogo quando necessário.

Ficou igualmente patente que a esperança poderá ser conotada tanto ao nível de virtude do potencial humano como da religiosidade. Talvez por essa razão os participantes do sexo feminino neste estudo demonstrem índices mais baixos de ansiedade e de

depressão. No mesmo sentido apuramos, neste estudo, que o otimismo poderá eventualmente ser um otimismo irrealista que poderá ocorrer num variado conjunto de possíveis situações, desde os domínios da saúde às relações interpessoais e alcance de objetivos. A existência de um otimismo irrealista pressupõe a existência de um desvio positivo, mas também existem os desvios negativos. Uma forma de ultrapassar a ênfase ora em desvios positivos ora em desvios negativos, é compreendendo como é que os estados psicológicos positivos e negativos se regulam reciprocamente. Alcançamos ainda valores elevados e próximos da dimensão da esperança e afetividade positiva conotada como mais afetivo-motivacional e os níveis mais baixos e próximos no que se refere ao otimismo e a satisfação com a vida que detém maior prevalência na dimensão cognitiva. De facto a esperança e o otimismo são distintos apesar do otimismo ser intitulado como expressão ou manifestação da esperança.

Neste estudo não se verificaram diferenças entre as raças contudo uma das limitações encontradas traduzem-se precisamente na falta de homogeneidade no número de participantes no âmbito das raças, idades bem como numa recolha mais específica nas profissões. Neste sentido entendemos que a continuidade de pesquisa na área poderá contribuir para uma oferta de novos conhecimentos nomeadamente se os valores envolvidos neste estudo se encontram relacionados também com a área demográfica. Por sua vez é sem dúvida interessante continuar este tema de trabalho no futuro, sugerindo mais estudos no enfoque etiológico avaliando a relação causal acerca dos níveis de esperança e otimismo numa região que apesar de se encontrar em expansão ainda detém fracos recursos de qualidade de vida e sustentabilidade.

Conquanto este estudo revelou-se pertinente e demonstrou impacto do otimismo e a esperança que se traduz em ganhos no BES, influenciando a saúde física e mental. Realizar um diagnóstico precoce na população com equipas interdisciplinares nas diversas áreas (económicas, sociais, históricas, culturais) e utilizar o potencial humano dessa mesma região poderá a longo prazo obter melhores resultados e menores prejuízos. Assim aumentar os níveis de esperança traçando objetivos em diferentes áreas, que realmente se deseja alcançar conscientes das suas decisões, descobrir meios para os alcançar, de forma coerente classificando os mais relevantes dos menos relevantes, com um olhar sobre os problemas em forma de desafio são algumas das medidas que irão certamente promover esta dimensão desenvolvendo estratégias de *coping* adaptativas, tornando-se indivíduos mais resilientes. Aliado à esperança, o otimismo desde que seja

realista revela um maior nível de autoestima o que produz uma atitude mais confiante e assertiva perante a vida.

Assim e porque se encontram-se em causa a frequência de emoções positivas e estados cognitivos positivos e não apenas quadros patológicos devemos trabalhar estas dimensões como robustos recursos internos e teremos inevitavelmente impacto em tempo, custos e qualidade, logo estruturamos um melhor futuro.

Referencias Bibliográficas

Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B, T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.

Antoniazzi, A.S., Dell'Aglio, D.D. & Bandeira, D.R.O. (1998). Conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-94.

APA. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed.. Porto Alegre: Artmed.

Barros, J.H. Oliveira. (2010). Felicidade, otimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. *Psichologica*, 52 – Vol. 1, 123-148.

Batista, A.C.,Carvalho, M., & Lory.F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 1 (2), 267-277.

Cabral, A. & Nick, E. (2006). Dicionário técnico de psicologia, 14º ed. São Paulo: Cultrix.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.

Clark, D. A., Beck, A. T. & With Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43.

Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2000). New Directions In Subjective Well-Being Research: The Cutting Edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27, 21-33.

- Diener, E., & Diener, M. (1995). Correlatos Cross-cultural de satisfação com a vida e auto-estima. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). *Subjective Well-Being*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. (63-73). Oxford: University Pres.
- Diener, E., Oishi S. & Lucas (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Psychology Review*, 54, 403 – 424.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276 –302.
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41.
- Diener, E., & Tov, W. (2007). *Culture and subjective well-being*. In S. Kitayama & D. TovCohen (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (691-713). New York: Guilford.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Bem-estar subjetivo: uma visão geral. *Sul Africano Jornal de Psicologia*, 39 (4), 391-406.
- DeNeves, Kristina, M. & Cooper, Harris (1998). The Happy Personality: Traits and a Meta-Analysis of 137 Personality Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 2, 197-229.
- El Porto, J, A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Rev. Brasileira Psiquiatra*. 21, (1.1), 06-11.
- Faro, A. (2013). Um Modelo Explicativo para o Bem-Estar Subjetivo: Estudo com Mestrandos e Doutorandos no Brasil. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 26(4),654–662.

- Felder, B. (2004) Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nurs.*;27(4), 320-4
- Frederickson, B. L. (2003). The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Gaderman, A. & Zumbo, B. D. (2007). *Investigating the intra-individual variability and trajectories of subjective well-being*. In Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjetivo – Fatores cognitivos, afetivos e contextuais*,81 (1-33). Coimbra: Quarteto.
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2 (1), 34 –53.
- Giacomoni, C, H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP* 12 (1), 43-50.
- IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e estatística. <http://www.ibge.gov.br/home>
- Isaacowitz, D.M. (2005). Correlates of well-being in adulthood and old age: A tale of two optimisms. *Journal of Research in Personality*, 39, 224-244.
- Larsen, Randy J.& Ketelaar, Timothy (1991). Personality and susceptibility to positive and negative emotional states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (1), 132-140.
- Lyubomirsky, S., King, L. A., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803–851.
- Luthans, F. (2002). Positive organizational behavior: Developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Executive*, 16, 57-72.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lipp, M. E. N. (1996). *Pesquisas sobre stress no Brasil :Saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus.

Lipp, M.E.N. (2000). *O Stress Está Dentro de Você*. Contexto, São Paulo.

Lipp, M. E. N. (2003). *Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lorencetti, A. & Simonetti, J. P. (2005). As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista latino americana de enfermagem*, 13 (6), 944-250.

Lopes, M. P., & Cunha, M. P. (2008). Who is more proactive, the optimist or the pessimist? The mediating role of hope as an explanation. *The Journal of Positive Psychology*, 3 (2) 100-109.

Maia, A.C. (1999). Terapias Cognitivo-comportamentais da depressão. *Psiquiatria e Praxis Psiquiatrica* 6 (2) 19-28.

Magaletta, P. R., & Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 539–51.

Mascarenhas Suely & Morais Lerkiane Miranda. (2010). Avaliação da Escala de Expectativa/Esperança quanto ao futuro e orientação para a vida e seus efeitos sobre o rendimento acadêmico dos estudantes do IEAA/UFAM-Brasil. *Revista Amazônia lapes* 1983-3415, (4), 19–27.

Martins, S. R. (2005). A depressão infantil. Adaptação de uma escala de depressão para crianças: Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). Estudo exploratório das relações entre a sintomatologia depressiva e as respostas à prova “Era uma vez...”. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

- Neto, F. (2008). *Estudos de Psicologia Intercultural: Nós e outros*. 3ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oliveira, S.M., Silva, J.G. & Szupzynski K.P. (2011). *Avaliação cognitivo-comportamental*. In Andretta, I. & Oliveira, M.S. *Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental*, (135-147). Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Paludo, S. S. & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia, Ribeirão Preto*, 17 (36) 9-20.
- Passareli & Silva. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia Campinas*, 24 (4), 513 – 518.
- Peterson, C., & Chang, E. C. (2003). *Optimism and flourishing*. In C. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*. Washington: American Psychological Association.
- Raison, C.L. & Miller, A.H. (2003). When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *Am. J. Psychiatry*, 160, 1554-1565.
- Rice, H, Virgínia (2012). *Stress, coping, and health : implications for nursing research, theory, and practice*. 22-37 Handbook: Los Angeles.
- Rodrigues, S.R. & Horta, R.,L. (2011). *Modelo cognitivo-comportamental da depressão*. In Andretta, I & Oliveira, M.S., *Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental* (235-236) Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Ruini, C., & Fava, G. A. (2009). Well-being therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 510-519.
- Sadir, M.A. & Bignotto, M.M. & Lipp, M. E. N. (2010). *Stress e Qualidade de Vida: Influência de algumas variáveis pessoais*. *Paideia*, 20 (45), 73–81.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 16*, 201–228.
- Schneiderman, N., Ironson, G. & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 607-628.
- Schwarz, N., & Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. In Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds). *Well-Being: The foundations of hedonic psychology* (61-83). New York: Russel Sage Foundation.
- Segerstrom, S. C. (2001). Optimism and attentional bias for negative and positive stimuli. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 1334-1343.
- Segerstrom, S. C. (2006). Breaking Murphy's law. New York: Guilford. Segerstrom, S. C. (2006a). How does optimism suppress immunity? Evaluation of three affective pathways. *Health Psychology, 25*, 653-657.
- Seligman, M.E.P. (1998). *Learned Optimism*, (2nd ed). New York: Pocket Books.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. (2^a ed.). Coimbra: Edição do autor
- .
- Simões, A. Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia, ano XXVI, n°3, 1992, 503-515*.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: theory, measures, and applications*. San Diego: Academic Press.

- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R.A., Holleran, S. A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The Will and the Ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). 'Hope theory'. In Snyder, C. R. and Lopez, S. (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford, UK: Oxford University Press, 257–276.
- Snyder, C., Sympson, S., Ybasco, F., Borders, T., Babyak, M., & Higgins, R. (1996). Development and validation of the state hope scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321-335.
- Sweeny, K., Carroll, PJ, & Shepperd, JA (2006). Abandoning optimism in predictions about the future *Current Directions in Psychological* , 15, 302-306.
- Steptoe A, Gibson EL, Hamer M, Wardle J. (2007), Neuroendocrine and cardiovascular correlates of positive affect measured by ecological momentary assessment and by questionnaire. *Psychoneuro endocrinology*. 32(1):56-64.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa Das Escalas De Ansiedade, Depressão e Stress, (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*,5 (2), 229–239.
- Pais-Ribeiro, J. L.& Galinha, I C. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afecto .*Análise Psicológica*, 2 (XXII), 209–218.
- Zambom, L,F.,Bortolon,C., Andretta,I. (2011). *Modelo cognitivo-comportamental da Ansiedade Generalizada*. In Andretta, I. & Oliveira,M.S. *Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental*. (289-301) Casa do Psicólogo: São Paulo

Relações entre o stresse, a ansiedade, a depressão com o bem-estar subjetivo: estudo do papel protetor da esperança e do otimismo em sujeitos da região da Amazônia.

Anexo

Relações entre o stresse, a ansiedade, a depressão com o bem-estar subjetivo: estudo do papel protetor da esperança e do otimismo em sujeitos da região da Amazônia.