

ANA CATARINA SOARES PAIVA

O Peso e o Bem-Estar: Índice de Massa Corporal, Bem-Estar Subjetivo e o Florescimento Em Adultos.

Orientador: Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

ANA CATARINA SOARES PAIVA

**O Peso e o Bem-Estar: Índice de Massa Corporal, Bem-
Estar Subjetivo e o Florescimento em Adultos.**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de
mestre em Psicologia, Aconselhamento e
Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona
de Humanidades e Tecnologias

Orientador: Professor Doutor Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

Depois de estar cansado de procurar
Aprendi a encontrar.
Depois de um vento me ter feito frente
Navego com todos os ventos.

Friedrich Nietzsche, in "A Gaia Ciência"

Dedicatória

*À minha família, que sempre lutou pelo meu
sonho.*

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Américo Batista pelo pragmatismo e sabedoria, essenciais para o meu percurso.

A todos os intervenientes que possibilitaram a realização desta dissertação de mestrado, em especial a todos os participantes. Pelo tempo e pela inspiração.

À Vanda e à Marta, um sincero e especial obrigada pelo apoio incondicional e, sobretudo, pela amizade. O meu profundo agradecimento pela força, motivação, sentido de persistência, pelo carinho, pela compreensão. Foi uma viagem juntas, e não poderia ter escolhido as melhores pessoas para me acompanharem. Pelo crescimento, pela sinceridade e, sem esquecer, pela cumplicidade. Nos bons e nos maus.

À Marta e à Carla, pela amizade de anos, sempre tão presente, mesmo que não tão frequente. Obrigada pelo apoio e pelo carinho incondicional.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, pelos valores que me transmitiram, pela sabedoria, pelo amor. O meu profundo agradecimento a eles, pela força, motivação, pelo carinho, e pela compreensão. E sobretudo, pela inspiração.

Ao Tiago, minha metade, um terno obrigado pelo amor, paciência, disponibilidade, amizade e pelo apoio incondicional. Pelo ombro amigo, pelo braço direito, por tudo. Sem ti não era possível. Meu pilar.

A todos aqueles que, de uma forma ou outra, estiveram presentes nos bons e, especialmente, nos menos bons momentos. Obrigada pela compreensão, pelo espaço. Mas sobretudo obrigada por não me deixarem desistir.

Resumo

O presente estudo teve como principal objetivo analisar as diferenças da satisfação com a vida, componente cognitiva do bem-estar subjetivo, da experiência afetiva positiva e negativa, componente afetiva do bem-estar subjetivo, e do florescimento, em adultos obesos e compará-los com indivíduos normoponderais e com critérios para pré-obesidade, segundo a tabela da Organização Mundial de Saúde (OMS). Foi também objetivo analisar a relação entre o índice de massa corporal (IMC) e as variáveis supracitadas.

A amostra é constituída por 101 indivíduos ($n=101$), com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ($M=31,67$; $DP= 11,285$), dos quais 38,9% são homens ($n=39$) e 61,4% são mulheres ($n=62$), posteriormente divididos em três grupos, de acordo com os critérios da OMS: o grupo clínico com critérios para obesidade é constituído por 31 ($n=31$) indivíduos; o grupo não clínico, constituído por 43 indivíduos com critérios para peso normal ($n=43$) e 27 indivíduos com critérios para pré-obesidade ($n=27$). Os resultados do estudo demonstram diferenças significativas entre os obesos e os indivíduos normoponderais e com critérios para pré-obesidade, para todas as variáveis estudadas, confirmando as hipóteses de estudo. Todas as variáveis demonstraram associar-se significativamente entre si. Os resultados foram discutidos à luz da literatura, sendo apresentadas possíveis limitações e sugestões para estudos futuros.

Palavras-chave: Índice de Massa Corporal, Obesidade, Bem-Estar Subjetivo, Florescimento.

Abstract

The present study aimed to analyse the differences of life satisfaction, cognitive component of subjective well-being, positive and negative affective experience, affective component of subjective well-being, and flourishing in obese adults compare them with normal weight and pre-obesity, according to the table of the World Health Organization. We also aimed to analyse the relationship between body mass index and all the variables cited above.

The sample consisted of 101 subjects (n=101), aged between 18 and 65 years (M=31,67; SD=11,285), of which 38,9 % are male (n=39) and 61,4 % are women (n=62), further divided into three groups, according to the WHO criteria: clinical criteria for obesity group consists of 31 (n=31) subjects; the non-clinical group, consisting of 43 criteria for individuals with normal weight (n=43) and 27 subjects with criteria for pre-obese (n=27). The results of the study show significant differences between obese persons and all other categories, normal weight and pre-obesity, for all variables, confirming the hypotheses. All variables were significantly associated with each other. The results were discussed in light of the literature, possible limitations and suggestions for future studies are presented.

Keywords: Body Mass Index, Obesity, Subjective Well-Being, Flourishing.

Abreviaturas, siglas e símbolos

%= Percentagem

APA = American Psychological Association

DP= Desvio Padrão

F= F-statistics

FL= Flourishing Scale

IMC= Índice de Massa Corporal

M= Média

MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory

n= Amostra

OMS= Organização Mundial de Saúde

p= significância

PANAS= Positive Affect and Negative Affect Schedule

r= correlação

SPANE= Scale of Positive and Negative Experience

SWLS= Satisfaction with Life Scale

t= t-test

χ^2 = Qui-quadrado

Índice

Introdução	12
Capítulo 1. Bem-Estar: Bem-Estar Subjetivo e Florescimento	15
1.1. Psicologia Positiva	16
1.2. Perspetiva Hedónica e Eudaimónica: A Noção de Bem-Estar	18
1.3. Bem-estar Subjetivo	21
1.3.1. História do Bem-Estar Subjetivo	21
1.3.2. O Conceito de Bem-Estar Subjetivo	22
1.3.3. Componentes de Bem-Estar Subjetivo	25
1.3.3.1. Componente Cognitiva	25
1.3.3.2. Componente Afetiva	27
1.3.4. Abordagens Teóricas do Bem-Estar Subjetivo	32
1.3.4.1. Teorias Télicas	32
1.3.4.2. Teorias Evolutivas	34
1.3.4.3. Teorias Cognitivas	36
1.3.4.4. Teorias da Comparação	36
1.3.4.5. Teorias Base-Topo e Topo-Base	38
1.3.4.5.1. Teorias Base-Topo.....	38
1.3.4.5.2. Teorias Topo-Base.....	43
1.3.5. Correlatos de Bem-Estar Subjetivo	51
1.3.5.1. Variáveis Sócio-Demográficas	51
1.3.5.2. Cultura	60
1.3.5.3. Saúde	61
1.3.5.3.1. Alimentação	66
1.4. Florescimento	68
Capítulo 2. Excesso de Peso: Pré-obesidade e Obesidade	74
2.1. Definição, Classificação e Caracterização	75
2.2. Prevalência da Obesidade	78
2.3. Consequências: Saúde Física e Psicológica	81
2.4. Ingestão Alimentar e Prazer	85

Capítulo 3. Obesidade, Bem-Estar Subjetivo e Florescimento	87
3.1. Obesidade, Bem-Estar Subjetivo e Florescimento: que relação?	88
Capítulo 4. Estudo Empírico	97
4.1. Pertinência do Estudo	98
4.2. Objetivos	98
4.3. Hipóteses de Estudo	99
Capítulo 5. Método	100
5.1. Participantes	101
5.2. Medidas	103
5.2.1. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	104
5.2.2. Escala de Experiência Positiva e Negativa (SPANE)	104
5.2.3. Escala de Florescimento (FS)	106
5.3. Procedimento	107
5.4. Resultados	108
Capítulo 6. Discussão	111
Conclusão	123
Bibliografia	125
Anexos	I
Anexo I: Protocolo de avaliação.....	I

Índice de Quadros

Quadro 1. Componentes de Bem-Estar Subjetivo	25
Quadro 2. Classificação do Peso e do Risco de Comorbilidade segundo a OMS	78
Quadro 3. Caracterização Socio-Demográfica em função dos grupos para as Variáveis Qualitativas	101
Quadro 4. Caracterização Socio-Demográfica em função dos grupos para as Variáveis Quantitativas	102
Quadro 5. Análise comparativa entre grupos de IMC para a satisfação com a vida, experiência afetiva (positiva e negativa) e florescimento	108
Quadro 6. Correlações bivaridas entre o IMC, a satisfação com a vida, a experiência afetiva e a negativa, e o florescimento	109

Introdução

A obesidade é considerada a epidemia do século XXI à escala global, de difícil controlo, uma vez que resulta da interação de fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos (WHO, 2000). Da acumulação de excesso de tecido adiposo, resultam associações com a mortalidade e a morbilidade, e ainda um agravamento da saúde física e psicológica, que proporcionam uma redução significativa da qualidade de vida e acarretam custos expressivos para a saúde pública, com consequências que ultrapassam as questões estéticas, e estendem-se num plano multidimensional.

O bem-estar subjetivo e o florescimento são conceitos que emergiram do movimento atual da psicologia, que procura identificar e compreender os elementos e os processos do que torna a vida dos indivíduos feliz, em detrimento do foco quase exclusivo nos estados negativos, e completam-se na definição de bem-estar (Diener, 2009). O bem-estar subjetivo inclui uma componente cognitiva, representada pela satisfação com a vida, e uma componente emocional, representada pela experiência afetiva. Mais especificamente, é um constructo definido como “a avaliação cognitiva e afetiva da vida do indivíduo”, onde se incluem “as reações emocionais aos eventos, bem como os julgamentos cognitivos da satisfação” (Diener, Lucas & Oishi, 2002, pp. 63). O florescimento, muito embora seja um conceito muito recente, designa o “sentir-se bem” (Huppert & So, 2013, pp. 838), e engloba não apenas as emoções positivas, como a felicidade e a alegria, mas também o interesse, o envolvimento, a confiança e o afeto; o conceito de funcionamento ótimo diz respeito ao desenvolvimento do potencial de cada um de nós, ao controlo que temos sobre a nossa própria vida, bem como a capacidade para atribuir e manter significado na nossa vida, e ao envolvimento em relações positivas. De acordo com Keyes (2005), é a associação mais próxima de saúde mental

É sabido que, a promoção de um ambiente obesogénico, caracterizado pela combinação da propagação de um padrão alimentar caracterizado por alimentos ricos em açúcar e gordura, com elevada palatabilidade e elevada densidade energética, e do sedentarismo, tem questionado a ponte entre os mecanismos homeostáticos de regulação da ingestão alimentar e os mecanismos hedónicos, caracterizados pelo prazer da ingestão de determinados alimentos, que, em certos indivíduos se pode sobrepor ao mecanismo de homeostasia, e assim promover o aumento de peso, e conseqüentemente, a obesidade (Berridge, 2007; Moreira, 2005).

Paradoxalmente, o prazer associado à alimentação poderá conduzir a consequências nefastas, como a obesidade. Neste sentido, será a felicidade a mais saudável? Que relações se estabelecem entre o bem-estar e o peso? A escassez de estudos na literatura acerca desta relação reforça a necessidade desta problemática ser estudada.

O presente estudo, embasado pelo modelo empírico e de carácter experimental, ambicionou uma revisão crítica da literatura, com o intuito de compreender os processos cognitivos, emocionais e psicossociais que estão na base do bem-estar e de que forma é que na literatura estes conceitos se têm relacionado com o IMC, em especial com a obesidade, uma vez que é uma doença crónica de grande relevância para a saúde pública. Através dos resultados no presente estudo, é esperado que a análise do bem-estar subjetivo e do florescimento nas diferentes categorias de IMC, bem como a relação entre estas variáveis e o IMC, numa população clínica, possa, futuramente, contribuir para o desenvolvimento e implementação de estratégias preventivas e interventivas, que melhorem a qualidade de vida destes indivíduos, baseados nos modelos teóricos de bem-estar subjetivo e florescimento.

Neste sentido, a componente teórica da investigação é composta por três capítulos, o primeiro dos quais relativo à definição e caracterização da obesidade. O Capítulo 1 refere-se ao tema central desta investigação, que se prende com a compreensão do bem-estar subjetivo e do florescimento, conceitos atuais, da psicologia positiva. O Capítulo 2 debruça-se sobre a definição, classificação e caracterização da problemática do estudo, a obesidade. O Capítulo 3 compreende a integração da literatura realizada entre a obesidade, o bem-estar subjetivo e o florescimento. No final deste capítulo é proposta a pertinência do estudo, onde são designados os objetivos e hipóteses.

No Capítulo 4 refere-se à pertinência do estudo, aos objetivos e hipóteses em estudo; No Capítulo 5 está apresentada o método do estudo, no qual se incluem a descrição das características sociodemográficas dos participantes, os instrumentos, o procedimento levado a cabo para a recolha de dados, e os resultados obtidos pelo presente estudo, nomeadamente no que respeita às comparações nas diferentes categorias de IMC e o bem-estar subjetivo e florescimento, bem como as relações que se estabelecem entre o IMC e as restantes variáveis em estudo.

A discussão dos resultados é efetuada no Capítulo 6, onde também são apresentadas as limitações do presente estudo, bem como sugestões para estudos futuros. É ainda apresentada uma conclusão final acerca da investigação em estudo.

Importa referir que o presente texto regeu-se pelas normas para a elaboração e apresentação de teses de mestrado da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, sendo as normas da APA utilizadas para as citações e referência bibliográfica.

Capítulo 1. Bem-estar: Bem-estar Subjetivo e Florescimento

1.1. Psicologia Positiva

A Ciência Psicológica, até à II Guerra Mundial, multiplicava-se para três missões concretas: (a) procurar o tratamento para a doença mental; (b) tornar as pessoas mais felizes e satisfeitas com a sua vida (c) identificar e reforçar as competências positivas no indivíduo (Seligman, 2002). O despoletar da II Guerra Mundial, e o seu conseqüente término mudaram o rumo da Psicologia. A Psicologia, após a II Guerra Mundial, embasada pelo modelo médico, debruçou-se essencialmente sobre a patologia do *psi* no tratamento da doença mental, negligenciando os restantes objetivos a que se havia proposto. A exploração de conceitos como a depressão, a ansiedade, ou mesmo a violência, entre outros, direcionou a investigação para as doenças mentais, embasados por dois acontecimentos de referência na Psicologia dos Estados Unidos da América: a criação da Administração para Veteranos de Guerra, a 1946, e a Instituto Nacional de Saúde Mental, em 1947 (Seligman, 2002). Não obstante, e segundo o mesmo investigador, a focalização na doença mental foi fulcral para desmistificar e expandir o conhecimento sobre as doenças do foro psicológico, muitas vezes perspetivadas como consequência de outros domínios que não psicológicos, de forma a ajustar o melhor caminho para o seu tratamento. Por outro lado, possibilitou, ainda, a inclusão dos cuidados paliativos, numa perspetiva quer individual e/ou grupal, que visam a diminuição do sofrimento e da disfunção (Seligman, 2002).

Nas últimas duas décadas, os paradigmas da psicologia tem-se focado na prevenção da doença mental (Seligman, 2002). O referencial teórico na área da prevenção tem mostrado que o paradigma de saúde-doença não nos aproxima da prevenção da doença mental – os maiores avanços nesta área têm perspetivado a prevenção num modelo de aquisição de competências positivas, em detrimento da correção das fragilidades individuais (Gable & Haidt, 2005; Seligman, 2002).

Os trabalhos neste domínio têm permitido compreender que os aspetos positivos do ser humano podem funcionar como um escudo para a doença mental. A justificar empiricamente esta premissa, estão os trabalhos realizados sobre otimismo aprendido (e.g., Peterson, 2000; Seligman, Reivich, Jaycox, & Gilham, 1995), onde os resultados foram importantes na prevenção da depressão e da ansiedade. De acordo com Folkman e Lazarus (1988), referem que as investigações sobre o *coping* têm revelado que, as avaliações negativas que fazemos acerca dos eventos de vida que põem em causa as capacidades individuais, são mediadoras de experiências futuras de stresse ou sofrimento. Ainda no mesmo sentido, o estudo realizado por Harker e Kelther (2001) demonstrou que as mulheres

que expressavam emoções positivas nas fotografias que tiravam na escola quando ainda tinham 22 anos de idade apresentavam mais satisfação com a vida e bem-estar nos seus 50 anos de idade; Danner, Snowdon e Friesen (2001) demonstraram que o relato de emoções positivas é preditor da sobrevivência na velhice – mais concretamente, o estudo envolvia freiras que nos seus 20 anos de idade redigiram autobiografias; as autobiografias que continham mais emoções positivas foram indicadoras de um maior número de anos de vida.

É a partir deste desequilíbrio dos conceitos explorados ao longo da história recente da Psicologia, que emerge o movimento da Psicologia Positiva (Hefferon & Boniwell, 2011).

A psicologia positiva ambiciona estudar “as condições e os processos que contribuem para o florescimento e para o funcionamento ótimo dos indivíduos, grupos e instituições” (Gable & Haidt, 2005, pp. 104). Segundo Seligman e Csikszentmihalyi (2000), é o estudo de como os seres humanos florescem face à adversidade, e procura identificar e potenciar as qualidades e virtudes humanas que tornam a vida prazerosa e possibilitam o indivíduo e à comunidade enaltecer-se. Analogamente, a psicologia positiva tem como principal finalidade levar o indivíduo do mais dois para o mais oito, ao invés do menos oito para o menos dois (Boniwell, 2006). Neste sentido, e, muito embora o modelo médico tenha proporcionado tratamento para diversas doenças do foro psicológico, não tem argumentos para intervir em indivíduos que se situam no lado positivo da escala – é neste sentido que a psicologia positiva se refere à importância de trabalhar os aspetos positivos, quer na doença mental, quer em população normal – a este propósito, e a título de curiosidade, Boniwell (2006) dá um exemplo muito específico, referindo que “se dizemos aos nossos amigos que queremos ir a um psicólogo, qual a resposta mais óbvia que terá? ‘O que se passa contigo?’ Qual a probabilidade de ouvir algo parecido com ‘Boa! Estás a planear concentrar-te no teu crescimento pessoal?’” (Boniwell, 2006, pp. 4).

Corriqueiramente, a Psicologia Positiva tem-se focado no estudo dos conceitos de bem-estar, felicidade, o *flow*, otimismo, as emoções positivas, a determinação pessoal, o florescimento, a esperança, entre (Boniwell, 2006; Seligman, 2002). Mais ainda, a psicologia positiva distingue o seu objeto de estudo em relação ao espaço temporal e às áreas de interesse. No que diz respeito ao primeiro, as experiências positivas são classificadas em três momentos específicos: (a) no passado, quando se foca no bem-estar, na satisfação; (b) no presente, quando aborda conceitos como a felicidade e o *flow*; (c) no futuro, quando se reporta aos conceitos do otimismo e da esperança. Relativamente ao

segundo, as áreas de interesse dividem-se em três grupos: (a) subjetivo, que inclui experiências e estados positivos ao longo dos três momentos, supracitados; (b) individual, quando se foca em características como «boa pessoa» (e.g., talento, sabedoria, amor, coragem, criatividade); (c) grupal, onde os estudos concentram-se acerca dos efeitos das instituições positivas, da cidadania positiva e das comunidades positivas (e.g., altruísmo, tolerância, ética de trabalho) (Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Em suma, a premissa da Psicologia Positiva indica que ao perpetuarmos emoções positivas, atos de bondade e melhorando as redes sociais, possibilitamos o florescimento ao nível individual e societal (Seligman, 2002).

Estudos recentes evidenciam o benefício da intervenção sob os modelos da psicologia positiva em indivíduos diagnosticados com depressão clínica, comparativamente à população normal (e.g., Bolier, Haverman, Weterhof, Ripper, Smit, & Bohlmeijer, 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009).

Dos múltiplos domínios da psicologia positiva que têm motivado a crescente panóplia de investigações no seio da comunidade científica, diversas perspectivas têm sido postuladas na tentativa de compreender a natureza tanto do bem-estar, como a forma de otimizar a experiência subjetiva do mesmo. O bem-estar pode ser definido como um “funcionamento psicológico ideal” (Ryan & Deci, 2001).

1.2. Perspetiva Hedónica e Eudaimónica: a Noção de Bem-Estar

A procura da compreensão das premissas da felicidade e do bem-estar proporcionaram a edificação de duas conceções filosóficas distintas: a perspetiva hedónica e a perspetiva eudaimónica (Grinde, 2012). Comumente, o bem-estar hedonista dá-se pela maximização das experiências do prazer, pelo meio da felicidade (Diener, 1984; Ryan & Deci, 2001); já o bem-estar eudaimonista dá-se pela vivência de uma vida com significado (Waterman, 1993). Estas duas tradições – hedonismo e eudaimonismo – assentam em diferentes “perspetivas sobre a condição humana e daquilo que constituiu uma boa sociedade” (Ryan & Deci, 2001, pp. 143). Consequentemente, os processos desenvolvimentais e sociais que se relacionam com o bem-estar são abordados num plano distinto e, neste sentido, contribuem de forma dissemelhante na compreensão dos processos implícitos e explícitos do bem-estar (Waterman, 1993). Neste sentido, iremos explicar a perspetiva hedónica e a eudaimónica.

A tradição hedónica iniciou-se com filósofos como Aristippus, Epicurus, Bentham, Hobbes e Lock (Waterman, 2008), que argumentavam que o bem-estar se relacionava com os estados emocionais positivos, que se encontram no seguimento da satisfação do desejo. Por conseguinte, as experiências de prazer, despreocupação ou felicidade traduzem o conceito bem-estar (Diener, 2009). Simplificando, a perspetiva filosófica do hedonismo defende que o objetivo do ser humano é, então, ampliar as experiências de prazer, e diminuir as experiências de dor (Henderson & Knight, 2012).

Inspirada nesta abordagem filosófica, a perspetiva psicológica do hedonismo concebe o bem-estar como um estado interno que avalia subjetivamente os aspetos positivos e negativos da vida (Diener, 2009; Henderson & Knight, 2012). Kahneman, Diener, e Schwarz (1999) definiram a psicologia hedónica como o estudo “do que torna as experiências de vida prazerosas ou não prazerosas” (pp. ix). Mais especificamente, o bem-estar representa a felicidade subjetiva e a procura de experiências de prazer em detrimento do desprazer, isto é, do equilíbrio entre o afeto positivo e negativo (Diener, 1984). A inclusão da vertente subjetiva traduz um conceito de felicidade não redutível ao prazer físico, mas concomitante com a avaliação subjetiva que as pessoas fazem das suas vidas, embasadas pelos valores, necessidades e sentimentos pessoais – nesta tradução, os valores universais ou a qualidade do funcionamento psicológico são desvalorizados, e é enfatizado o papel da idiossincrasia (Novo, 2003). Ao nível comportamental, a abordagem hedónica enfatiza a importância de perpetuar experiências que desencadeiam estados emocionais positivos (e.g., prazer, conforto, entretenimento), de forma a proporcionar a satisfação subjetiva dos desejos pessoais (Fredrickson, 2001; Kahneman *et al.*, 1999).

A conceptualização hedónica da felicidade direcionou o seu estudo para as emoções positivas e para a satisfação com a vida, enquadradas na teoria do bem-estar subjetivo (Diener, 1984; Diener, 2000; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Diener, 2009) e ainda inclui a articulação com a conceptualização de florescimento da Fredrickson (2001). Importa referir que, estas abordagens situam-se no espectro do bem-estar emocional.

A tradição eudaimónica está associada a filósofos como Aristóteles, Plauto e Zeno (Waterman, 1993). Comumente, e de acordo com Waterman (1993), Aristóteles foi o primeiro filósofo grego a debruçar-se sobre o conceito de eudaimonia, conceptualizando o bem-estar como associado à vivência de uma vida virtuosa, que vá de encontro ao verdadeiro eu – o termo “virtuoso” diz respeito a agir de forma nobre e é frequentemente associado a conceitos como a justiça, a coragem, a bondade e a honestidade. Neste sentido,

a tradição eudaimónica perspectiva o bem-estar segundo a vivência de uma vida com significado (Keyes & Annas, 2009). Nesta perspectiva, mais objetiva e construtiva que a tradição hedónica, a eudaimonia não centralizava as suas crenças na experiência emocional positiva, uma vez que para viver uma «boa vida» (McMahan & Estes, 2011), o conceito hedónico de felicidade e bem-estar subjetivo poderá resultar de um comportamento ilícito (e.g. uso de drogas) e, desta forma, não ser representativo do bem-estar. Sumariamente, os filósofos da corrente eudaimónica preocuparam-se em compreender os contornos da felicidade, sob a perspectiva do porquê que as pessoas são felizes, ao invés de questionar se as pessoas são felizes (Henderson & Knight, 2012).

A tradução do conceito de eudaimonia para os parâmetros da psicologia não foi consensual. A complexidade deste conceito despoletou a emergência de diferentes abordagens expressividade pessoal de Waterman (1993), ou o bem-estar psicológico de Ryff (1989; Ryff, & Keys, 1995), ou a teoria da autodeterminação de Ryan e Deci (2000; 2001). A eudaimonia como conceito assumido pela psicologia define-se como a experiência subjetiva de ser verdadeiro consigo mesmo, e edificou-se a partir de teorias do desenvolvimento humano de Neugarten, Erikson e Buhkerm, nas teorias humanistas de Frankl, Rogers ou Maslow, ou mesmo na teoria da psicologia analítica de Jung (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008). Assumem-se nos componentes eudaimónicos, constructos como o propósito, a autonomia, a competência, a autoaceitação, a autorrealização, *mindfulness*, a conexão social, a autenticidade, entre outros (Delle Fave, Massimini, & Bessi, 2011; Huta & Ryan, 2010).

Em jeito de conclusão, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico, embasadas pelas perspectivas hedónicas e eudaimónicas, respetivamente, apresentam diferentes perspectivas de bem-estar, no entanto, ambas contribuem para a compreensão deste (Delle Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick, & Wissing, 2011) O bem-estar subjetivo encontra-se vinculado ao hedonismo, e representa-se pela felicidade subjetiva e pela procura de experiências de prazer, ou seja, do equilíbrio entre o afeto positivo e negativo (Diener, 2000), enquanto o bem-estar psicológico, que emerge da perspectiva eudemónica, assume o bem-estar como a realização do potencial humano (Ryff & Keyes, 1995).

Muito embora a adaptação teórica das ideias filosóficas, para a conceptualização de uma ciência psicológica sobre o bem-estar não tenha sido pacífica, atualmente é conhecido os benefícios de ambas as abordagens a favor do suprasumo da psicologia positiva. O debate científico que motivou a discussão sobre qual a perspectiva que prevalece sobre a

outra na avaliação do bem-estar, parece caminhar para uma perspectiva integrada, em detrimento de uma análise comparativa (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Ryan & Deci, 2001). Os estudos empíricos mais recentes têm demonstrado que, embora distintas, elas parecem encontrar-se relacionadas (e.g., Huppert & So, 2013; Huta & Ryan, 2010).

A corrente psicológica do hedonismo tem avaliado a experiência subjetiva através do bem-estar subjetivo (Diener, 1984; Diener, 2000; Diener *et al.*, 1999; Diener, 2009). Sucintamente, o bem-estar subjetivo é constituído por três componentes: a satisfação com a vida, o afeto positivo e o afeto negativo, que integrados sumarizam o conceito de felicidade (Diener, 1984). Neste sentido, iremos debruçar-nos sobre este constructo.

1.3. Bem-Estar Subjetivo

1.3.1. História do bem-estar subjetivo

A compreensão dos elementos fulcrais para a designação de uma existência nobre ou de uma «boa vida» atravessaram distintos períodos da história. A procura da definição e compreensão da felicidade, do prazer, ou mesmo da qualidade de vida, tem sido alvo de reflexão desde a Antiguidade Clássica (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Mais recentemente, vários foram os investigadores e acontecimentos que contribuíram para a emancipação da felicidade como conceito central do bem-estar, e como alvo de estudo científico pela psicologia. O trabalho pioneiro de Wilson (1967), fundamental para desbravar terreno no âmbito do papel da felicidade nos vários domínios de vida, alertou para o pouco progresso teórico que havia sido feito no estudo da compreensão da felicidade; neste estudo, o investigador procurou identificar as características dos indivíduos que eram mais felizes, e concluiu que “uma pessoa feliz é nova, saudável, bem-educada, bem paga, extrovertida, otimista, relaxada, religiosa, casada e com alta autoestima, elevado trabalho moral, aspirações modestas, de ambos os géneros e tem uma inteligência ampla” (Wilson, 1967, pp. 294). Mais tarde, Bradburn (1969) demonstrou que as variáveis afeto positivo e o afeto negativo eram independentes e, conseqüentemente, apresentavam diferentes relações com outras variáveis – importa notar que, esta descoberta foi importante para o campo científico da psicologia, que por esta altura tentava anular os estados negativos, negligenciando os estados mais positivos, bem como para o estudo do próprio constructo da afetividade positiva e negativa, uma vez que para compreender a noção de bem-estar, seria necessário proceder à avaliação individual desses mesmos constructos (Diener, *et al.*, 1999; Diener, 2000; Diener, Oishi, & Lucas, 2003).

Para edificação do bem-estar subjetivo contribuíram, ativamente, algumas correntes que influenciaram e cooperaram, integrativamente, para uma conceção teórica deste constructo. Mais especificamente, no campo da sociologia e nos estudos pioneiros efetuados acerca da qualidade de vida, permitiram compreender a influência das variáveis demográficas (e.g., salário, casamento) no bem-estar subjetivo (e.g., Bradburn, 1969; Campbell, Converse, & Rodgers, 1976). Mais ainda, e de acordo com o trabalho pioneiro de Jahoda (1958), o conceito de saúde mental deveria incluir constructos como felicidade e satisfação com a vida. Por outro lado, no âmbito da psicologia da personalidade, contribuíram para a edificação da felicidade os estudos que procuraram identificar os traços de personalidade das pessoas mais felizes ou menos felizes (e.g., Wessman & Ricks, 1966 cit. in Diener, *et al.*, 2003), ou mesmo os trabalhos realizados pelos psicólogos cognitivos e sociais, que ao estudarem o conceito de adaptação e o papel deste no bem-estar (e.g., Brickman & Campbell, 1971). Vinculados à psicologia humanista, os fatores como o temperamento (Lykken & Tellegen, 1996) ou mesmo a importância da persecução de objetivos (Emmons, 1986), revelaram-se elementos importantes na edificação do conceito de bem-estar subjetivo.

Na tentativa de conceber integrativamente as várias perspetivas que tinha um papel preponderante sobre o bem-estar subjetivo, e apoiando-se nos estudos que haviam sido realizados, Diener (1984) explorou o conceito de bem-estar subjetivo, anexado ao domínio da psicologia positiva, numa conceptualização teórica sobre o mesmo. A perspetiva de Diener, vinculado à corrente hedónica, descrevia os indivíduos com elevado bem-estar subjetivo como aqueles que “sentem muitas emoções positivas, e poucas emoções negativas”, e “quando se encontram envolvidas em atividades cativantes, quando experienciam muito prazer e pouco sofrimento e quando estão satisfeitas com as suas próprias vidas” (Diener, 2000, pp.34).

Em jeito de conclusão, o estudo científico do bem-estar subjetivo edificou-se a partir da ênfase quase exclusiva nos estados negativos (Diener, 2009; Myers & Diener, 1995) – os investigadores do bem-estar subjetivo reconhecem que o ser-humano deve ser estudado no espectro que se situa entre os estados negativos e os estados positivos (Diener *et al.*, 1999). Não obstante, importa referir que, o bem-estar subjetivo não constitui, exclusivamente, o único ingrediente para a classificação de uma «boa vida» (Diener, 2009; Diener, *et al.*, 1999; Diener, Sapyta, & Suh, 1998).

1.3.2. O Conceito de Bem-Estar Subjetivo

O bem-estar subjetivo emerge no movimento atual da Psicologia, que procura identificar e compreender os elementos e os processos do que torna a vida dos indivíduos feliz, em detrimento do foco quase exclusivo nos estados negativos (Diener, 2009). O bem-estar subjetivo inclui conceitos como tão antigos como a felicidade e a satisfação com a vida, que vêm sendo compreendidos desde a Antiguidade Clássica, como explanado anteriormente (Diener, 2009; Delle Fave, *et al.*, 2011), no entanto, atualmente, apresenta-se como um constructo central no domínio da Psicologia Positiva e que tem suscitado interesse na comunidade científica (Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos *et al.*, 2000).

Ao conceito de bem-estar, reformulado pela investigação prolífera após a II Guerra Mundial e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi atribuído interesse pelo desenvolvimento individual, fundamental na essência do comportamento humano, e deixou de ser perspectivado como a mera ausência de doença mental ou disfunção psicológica – isto significa que, o indivíduo era estudado no espectro balizado pelos estados negativos e pelos estados positivos (Maddux, 2002; Keyes & Lopez, 2002).

Corriqueiramente, o bem-estar subjetivo interessa-se pela felicidade, isto é, por aquilo que, subjetivamente e idiossincraticamente, torna os indivíduos felizes. Não obstante, a felicidade apresenta uma multiplicidade de sinónimos (e.g., qualidade de vida), e desta forma, importa desconstruir este conceito na tentativa de compreender o bem-estar subjetivo. No âmbito científico, a qualidade de vida é um conceito multifacetado que inclui dimensões agregadas às condições de vida, que se reportam a um conjunto de elementos (e.g., estado civil, estatuto socioeconómico) que influenciam o julgamento dos indivíduos face à sua vida, e à experiência de vida, domínio elementar na definição de bem-estar subjetivo (Simões, Lima, Vieira, Ferreira, Oliveira, Neto, *et al.*, 2006). Assim sendo, o bem-estar subjetivo refere-se à avaliação subjetiva da qualidade de vida, no entanto, não deve ser analisado como o único elemento na equação – a par do bem-estar subjetivo encontram-se indicadores económicos e sociais (e.g., pobreza, população) que, integradamente, avaliam a qualidade de vida (Diener *et al.*, 2003; Kahneman *et al.*, 1999).

O interesse recente da comunidade científica neste constructo é explicado por Diener e colegas (2002), que apresentaram quatro razões fundamentais para a rápida proliferação do bem-estar subjetivo: (a) a abundância material, económica e a melhoria do acesso às condições de saúde nas nações mais Ocidentais impulsionou a procura de uma “boa vida” em detrimento da mera sobrevivência; (b) a subjetividade patente na definição de bem-estar,

permite aos próprios indivíduos identificarem o que para eles é essencial e determinante para as suas vidas, e portante, assume um método muito democrático; (c) a corrente individualista que se ia multiplicando pelas sociedades Ocidentais, potenciava o interesse no que cada um sente e acredita – a propósito, a subjectividade inerente ao constructo de bem-estar subjectivo é um indicador fundamental na definição de qualidade de vida, a par dos indicadores sociais; isto significa que, as pessoas reagem e avaliam as diferentes situações baseadas na sua experiência prévia, nas suas expectativas e nos seus valores próprios (d) e por último, os estudos que assentavam em métodos científicos, iam comprovando o seu sucesso.

Neste sentido, o estudo sobre o constructo de bem-estar subjectivo define-se pela análise da avaliação que os indivíduos fazem sobre a sua própria vida, relativamente à satisfação global que sente com a mesma, bem como as respostas emocionais face aos eventos da sua vida (Diener *et al.*, 1999; Diener *et al.*, 2003; Kahneman *et al.*, 1999).

Na tentativa de compreensão deste conceito, foram propostos alguns modelos explicativos, distintos na sua unidade dimensional: os modelos unidimensionais (e.g. Fordyce, 1986), os modelos bidimensionais (e.g. Watson & Tellegen, 1985); os modelos tridimensionais (e.g., Diener, 1984), e ainda um modelo tetradimensional (Headey & Wearing, 1992), que divide o que vem sido proposto pelo modelo tridimensional na componente da afetividade negativa, nos conceitos de depressão e ansiedade. Não obstante, há um consenso entre os investigadores – o bem-estar subjectivo é entendido como um modelo multidimensional, representado por fatores de ordem cognitiva e fatores de ordem afetiva (Larsen & Eid, 2008). Sumariamente, o bem-estar subjectivo é um constructo multifacetado (Pavot & Diener, 2013).

Aceite entre a comunidade científica, a proposta de Diener (1984) sobre o bem-estar subjectivo representa-se por três componentes distintas mas interrelacionadas: a satisfação com a vida, o afeto positivo e o afeto negativo (Diener, 1984; Diener, 2009; Diener *et al.*, 1985; Diener, Sandvik, & Pavot, 1991; Larsen & Eid, 2008; Pavot & Diener, 2013; Simões, 1992).

O bem-estar subjectivo ou felicidade é um constructo definido como “a avaliação cognitiva e afetiva da vida do indivíduo” (Diener, Lucas, & Oishi, 2002, pp. 63), onde se incluem “as reações emocionais aos eventos, bem como os julgamentos cognitivos da satisfação”. Neste sentido, o bem-estar subjectivo encerra em si aspetos cognitivos, onde se insere a satisfação com a vida, isto é, a avaliação global da própria vida, e aspetos afetivos,

subjacentes à avaliação emocional sobre as experiências da vida (Diener, Diener, & Diener, 1995). Isto significa que, a avaliação que o sujeito faz da sua própria vida apresenta uma orientação cognitiva e emocional, ou seja, o indivíduo avalia conscientemente a sua satisfação com a vida, bem como a avaliação subjetiva das emoções que vivenciou (Diener, Suh, & Oishi, 1997). A componente cognitiva representada pela satisfação com a vida classifica-se como unidimensional, enquanto a componente afetiva distingue o afeto positivo e o afeto negativo como dois conceitos independentes, inversamente correlacionados, que devem ser analisados em separado (Diener *et al.*, 1999; Robbins & Kliewer, 2000), como explicam os estudos de Bradburn e Caplovitz (1965), Diener e Emmons (1984), e Diener, Smith, e Fujita (1995).

Diener e colegas (1999) organizaram os componentes de acordo com o quadro 1.

Quadro 1

Componentes do Bem-Estar Subjetivo (adaptado de Diener et al., 1999)

Afeto Positivo	Afeto Negativo	Satisfação com a Vida
Alegria	Culpa e Vergonha	Desejo de mudar a vida
Contentamento	Tristeza	Satisfação com a vida atual
Orgulho Positivo	Ansiedade e Irritabilidade	Satisfação com a vida passada
Carinho	<i>Stress</i>	Satisfação com o futuro
Felicidade	Depressão	Visão de vida de outros significativos
Êxtase	Inveja	

Em suma, a felicidade constitui um elemento central e traduz-se no ponto de partida para a definição de bem-estar subjetivo. Iremos então explanar as componentes que alinham o bem-estar subjetivo.

1.3.3. Componentes do Bem-Estar Subjetivo

1.3.3.1. Componente Cognitiva

Corriqueiramente, a dimensão cognitiva é avaliada pela satisfação global com a vida, que equaciona a satisfação com as atuais experiências de vida do sujeito, a satisfação com experiências passadas, pelas aspirações de concretização de determinados objetivos, e ainda pela comparação que o indivíduo faz acerca da sua vida com a vida das pessoas significativas para si (Diener, 2009).

Para Simões (1992), a componente avaliativa ou cognitiva refere-se a “um juízo subjetivo sobre a qualidade de vida” (pp. 503), baseado em critérios intrínsecos ao indivíduo, em detrimento de critérios externos determinados por outro indivíduo que não o próprio; a par disto, a satisfação com a vida retrata “aspetos positivos da própria vida, e não apenas à ausência de fatores negativos” (pp. 504), e diz respeito a uma avaliação global “das várias facetas da vida do indivíduo: o pressuposto é o de que ele atribui ponderações positivas e negativas essas diversas facetas e, com base na soma algébrica da mesma, formula um juízo de valor sobre a qualidade da sua própria existência” (pp. 504).

Pavot e Diener (2013) referem que a componente cognitiva de satisfação com a vida inclui uma avaliação ou julgamento idiossincrático que advém da subtração entre as aspirações e as conquistas relativos à vida na globalidade. O indivíduo estabelece uma comparação sobre a sua perceção acerca da sua vida com o padrão ou padrões autoimpostos, verificando de que forma as suas condições de vida correspondem a esse ou esses padrões. A satisfação com a vida é, então, “um julgamento cognitivo consciente da vida em que os critérios de avaliação dependem da pessoa” (Pavot & Diener, 1993, pp. 164).

Sumariamente, a satisfação com a vida, relaciona-se com a experiência de vida referente às várias condições da existência do indivíduo. A título de curiosidade, e decorrente da análise dos dados relativos à satisfação com a vida, Diener e colegas (2000) verificaram uma tendência positiva na avaliação dos aspetos da vida em geral, isto é, os indivíduos têm uma propensão para considerar os aspetos gerais de vida como bons. Estes resultados vão ao encontro de um estudo anterior de Diener e Diener (1996). A par disto, dentro da satisfação com a vida, podem ser avaliados os domínios de satisfação, que dizem respeito a categorias específicas de bem-estar, como por exemplo, o casamento ou a saúde (Easterlin & Sawargfa, 2007).

Para Van Praag, Frijters, e Ferrer-i-Carbonell (2003) o bem-estar subjetivo, no qual se inclui a satisfação com a vida, corresponde à avaliação cognitiva de domínios específicos da vida como a saúde, o trabalho, as relações sociais, entre outros, definidos pelo próprio indivíduo. Esta perspetiva vai ao encontro de Diener e colegas (1999), que refiram uma

multiplicidade de domínios inerentes à satisfação com a vida tais como a família, a saúde, as finanças, entre outros, pelos quais o indivíduo se baseia para avaliar a sua vida. Importa referir que, para Diener e colegas (1985), há uma variabilidade quer no peso atribuído a cada uma das componentes, quer na definição individual de sucesso face a essas mesmas componentes.

Como referido anteriormente, a satisfação com a vida é perspectivada como um fator independente da componente afetiva. Pavot e Diener (1993) referem três motivos que explicam a independência destes dois fatores: (a) há a possibilidade de haver uma negação de reações emocionais negativas ao mesmo tempo que se reconhece cognitivamente os fatores indesejáveis nas suas vidas; (b) as reações emocionais dão-se no seguimento imediato a uma situação e portanto de curta duração, enquanto a classificação da satisfação com a vida diz respeito a uma perspectiva a longo-termo; (c) por último, as avaliações conscientes que o indivíduo faz da sua vida refletem valores e metas objetivos, enquanto as reações afetivas podem representar motivos inconscientes. Não obstante, ambas as componentes devem convergir, uma vez que ambas dependem da dimensão avaliativa. De seguida explanamos a componente afetiva do bem-estar subjetivo.

1.3.3.2. Componente Afetiva

O conceito de afeto é um constructo multifacetado, explicado pela variabilidade de domínios da psicologia que aplicam este conceito. No que diz respeito ao bem-estar subjetivo, a componente afetiva é medida através da balança hedónica entre experiências afetivas positivas e experiências afetivas negativas (Diener *et al.*, 1985).

Na tentativa de compreender o conceito de afeto, iniciaremos pela elucidação do conceito de emoção. Uma multiplicidade de teorias têm sido propostas na tentativa de compreensão do conceito de emoção, muito embora ainda não haja consenso quanto à sua definição. Sumariamente, a emoção é um episódio breve que resulta da sincronização da avaliação das respostas fisiológicas, comportamentais e subjetivas (Hockenburry & Hockenburry, 2007). Segundo Bates (2000), que procurou compreender esta multiplicidade de definições, o conceito de emoções desdobra-se na reação emocional breve, no humor prolongado no tempo e nos estados emocionais específicos – isto quer dizer nos sentimentos, no humor e no afeto. O termo «emoção» é geralmente distinguido de «sentimento», «humor» e «afeto». Corriqueiramente, o termo «sentimento» refere-se à experiência subjetiva associada à emoção; o «humor» é um estado emocional geral e

prolongado no tempo; já o termo «afeto» abrange os sentimentos e humor, bem como as categorias da emoção (Bates, 2000).

De acordo com Galinha e Pais-Ribeiro (2005), as emoções são eventos: “(a) motivacionais básicos que interagem com os estímulos ambientais para produzir eventos emocionais. Estas condições são básicas no sentido em que podem ocorrer sem atividade verbal ou autoconsciente; (b) que ocorrem na materialidade do cérebro, vinculadas às leis da realidade neural (ex.: interações neuroquímicas, genéticas, etc.); (c) processados a nível cognitivo, num sistema regulador com o ambiente. As emoções podem ocorrer a um nível cognitivo, sem serem conscientemente verbalizadas; (d) passíveis de serem verbalizados, podendo constituir significados no código verbal (ex.: medo, tristeza, entusiasmo); (e) transacionais, as emoções acontecem principalmente como parte de transações sociais, mesmo quando essas transações estão a decorrer num espaço simbólico. A cultura e a sociedade refletem e modelam as características emocionais dos indivíduos; (f) que são construídos ativamente pelos indivíduos de modo a criar o seu próprio ambiente afetivo. Os indivíduos selecionam os estímulos emocionais com os quais interagem e esta escolha pode ser feita a um nível muito básico, através de processos motivacionais, não reflexivos ou, por outro lado, através de uma escolha consciente” (pp. 210-211).

O papel das emoções é multifacetado: do ponto de vista neurobiológico, a emoção tem a função de aumentar, diminuir ou regular a ativação face aos estímulos internos ou externos; por outro lado, tem uma relação direta com a perceção e com a atenção e exerce influência na memória e na aprendizagem; a par disso, tem o papel de organizar e motivar o comportamento e está na base da comunicação e interação social (Hockenburry & Hockenburry, 2007). Por outro lado, e uma vez que as emoções básicas (e.g., alegria, tristeza, medo, cólera) são independentes da cultura e ocorrem em qualquer indivíduo, elas são fundamentais para o bem-estar humano (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Até aos anos 50, a conceptualização do conceito de emoção igualava-se à corrente negativa que acompanhava a psicologia - as teorias emergentes relacionavam as emoções à psicopatologia, isto é, a ausência de um sistema afetivo dificultava a adaptação do organismo face aos eventos (Frijda, 1999). Mais tarde, as investigações de Damásio (1995, 2000, 2003) despertaram para a relação entre pensamento e emoção, justificado pelos encontros biológicos entre ambas, alertando, igualmente para a função adaptativas das emoções. De acordo com Frijda (1999), as emoções, podem ser respostas a acontecimentos que são significativos para um determinado indivíduo, e essas respostas ditas emocionais,

apresentam uma componente subjetiva (i.e., experiência subjetiva), comportamental, e fisiológica; a componente da experiência subjetiva encerra em si uma vertente positiva e outra negativa – esta componente afetiva de que a emoção se reveste é fundamental na equação do bem-estar subjetivo (Diener, 1984; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), e é designada de afetividade (positiva e negativa).

A componente afetiva do bem-estar subjetivo inclui a compreensão do conceito de afeto no que diz respeito à estrutura do mesmo, onde se incluem duas abordagens distintas. A abordagem do afeto específico defende a multiplicidade de tipos de afeto, que embora relacionados apresentam diferentes características e padrões de resposta – isto significa que, as diferentes emoções (e.g., felicidade cólera) são independentes. A abordagem do afeto dimensional, afirma que este conceito apresenta várias dimensões, que resultam da combinação de duas emoções básicas (Russell & Barrett, 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Por conseguinte, importa então definir os conceitos de afetividade positiva e afetividade negativa. A primeira reflete a tendência para experimentar sentimentos e emoções positivas, nas quais se incluem a felicidade, o entusiasmo, a alegria; a segunda diz respeito à tendência para experimentar emoções negativas, tais como a culpa, a tristeza, a vergonha (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Diener *et al.*, 1999). A pouca frequência de afeto negativo associa-se a uma deterioração física e mental (e.g., Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Alper, 2003; Cohen & Pressman, 2006; Hu & Gruber, 2008; Pressman & Cohen, 2005)

O estudo do afeto positivo e do afeto negativo constituem então a balança hedónica que compõe o bem-estar subjetivo. As componentes analisadas em separado contribuem de forma independente para a conceptualização e estrutura do bem-estar subjetivo global (Diener & Emmons, 1984). Na tentativa de compreensão da experiência afetiva, é necessário distinguir os conceitos de frequência e intensidade (Diener, Larsen, Levine, & Emmons, 1985). A frequência é definida como o número de experiências em que um afeto está presente; a intensidade é definida como a média de intensidade sentida durante a experiência em que um afeto está presente; e a duração, medida numa janela temporal, é definida como a média de duração de um afeto quando ele é referido como presente (Diener *et al.*, 1985; Shimmack, 2003; Schimmack & Diener, 1997). A propósito, Larsen e Diener (1987) demonstraram que, muito embora a intensidade seja uma dimensão interessante na experiência afetiva, não produziu efeitos significativos no bem-estar subjetivo geral – mais, Larsen, Diener, e Emmons (1985) demonstraram que a frequência de afeto positivo quando comparada com o afeto negativo ao longo do espectro de vida do indivíduo, parece ser o

melhor preditor de bem-estar subjetivo, no que diz respeito à experiência afetiva. Mais tarde, Diener e colegas (1991) argumentaram que a intensidade poderá apresentar propriedades que enviesam os resultados – isto é, alguns indivíduos podem ter uma intensidade positiva elevada e negativa ainda mais elevada de experiência afetiva, o que significa que os benefícios de uma experiência afetiva positiva podem ser mascarados pela intensidade da experiência afetiva negativa.

Consequentemente, destas abordagens resultaram alguns modelos explicativos do afeto como o modelo circunflexo de Russell (1980), ou o modelo bi-dimensional (afeto positivo e afeto negativo) de Watson e Tellegen (1985) ou o modelo das oito combinações entre agradabilidade e ativação de Larsen e Diener (1992). Respeitando as diretrizes face à componente afetiva do bem-estar subjetivo, iremos explicar sucintamente o modelo de Watson e Tellegen (1985).

O modelo bi-dimensional de Watson e Tellegen (1985) é um modelo circular que tem reunido maior consenso na comunidade científica, uma vez que os dados das análises fatoriais revelam uma consistência para a presença de duas componentes de afeto, independentes uma da outra: o afeto positivo e o afeto negativo. A propósito, e de acordo com Costa e McCrae (1980), o índice de bem-estar subjetivo depende do equilíbrio entre a afetividade positiva e a afetividade negativa - ambas as componentes de afetividade contribuem de forma independente para o bem-estar subjetivo (Diener *et al.*, 1999; Diener *et al.*, 2003; Pavot & Diener, 2013).

Embasados pelo modelo de Russell, a estrutura bidimensional de Watson e Tellegen (1985) assenta a sua premissa em quatro dimensões opostas, a 45° de diferença entre cada uma delas: alta afetividade positiva (ativo, entusiasmado), encontra no seu pólo oposto a baixa afetividade positiva (aborrecido, preguiçoso); enquanto a alta afetividade negativa (perturbado, hostil) encontra no seu término oposto a baixa afetividade negativa (calmo, relaxado). No cruzamento da afetividade positiva com a afetividade negativa encontra-se o prazer (feliz, satisfeito, afável) contra o desprazer (melancólico, triste, infeliz) e o forte empenho (estimulado, surpreendido) ou fraco empenho (inativo, quieto). Deste modelo emergiu a escala para avaliar a afetividade positiva e negativa, a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). De notar que, de acordo com Galinha e Pais-Ribeiro (2005), o afeto positivo e o afeto negativo “são descritos como sendo dimensões descritivamente bipolares, mas afetivamente unipolares” (pp. 212).

Diener, Wirtz, Biswas-Diener, Tov, Kim-Prieto, Choi, e colegas (2009) alertaram para as limitações da medida de Watson e colegas (1988) na avaliação do bem-estar. Mais especificamente, os investigadores referem que a PANAS está concebida para avaliar o bem-estar ou mal-estar emocional, e que falha ao desconsiderar alguns estados importantes para o bem-estar em geral, isto é, não avalia sentimentos que poderão potenciar o bem-estar. Exemplificando, e segundo (Diener *et al.*, 2009), estados como «determinado» não significam necessariamente emoção positiva ou negativa, já que alguém pode sentir-se determinado por estar zangado ou vingativo. A escala não inclui, ainda, itens que se referem ao «triste» ou «deprimido», que são sentimentos negativos importantes no bem-estar, como explica o estudo de Schimmack, Oishi, Furr, e Funder (2004) – segundo os investigadores, a depressão é uma das facetas do neuroticismo com maior valor de predição da satisfação com a vida, componente cognitiva do bem-estar subjetivo. Mais ainda, a par disto, Diener e colegas (2009), referem ainda que a escala não reflete as diferenças de sentimentos característicos de diferentes contextos e culturas; a intensidade dos estados, quer positivos, quer negativos, da PANAS, poderá exprimir diferenças entre, como citam Diener e colegas (2009), entre jovens adultos e idosos, já que os primeiros tendem a ter uma vida mais ativa e desafiante. Por estes motivos, os mesmos autores apresentaram uma medida para avaliar a experiência de afeto positivo e negativo, a *Scale of Positive and Negative Experience* (SPANE). Esta escala foi validada com uma amostra maior mais tarde por Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Choi, Oishi, e Biswas-Diener (2010). Concluindo, os investigadores justificaram a necessidade desta escala pela adequação ao bem-estar subjetivo, mantendo-se, da mesma forma, uma escala curta e de fácil aplicação. Apesar disso, Diener e colegas (2010), embasaram-se no modelo de Watson e Tellegen (1985), adaptando-o ao contexto do bem-estar, tendo em conta as investigações já realizadas na área (e.g., Schimmack *et al.*, 2004). Convém ainda referir que, e a justificar a necessidade de uma nova escala, os investigadores referem três vantagens: (a) o recurso a sentimentos gerais, como positivo e negativo, permitem avaliar uma panóplia de emoções e sentimentos mais abrangentes – os investigadores referem que as escalas atuais podem induzir no erro de ocultar o facto de um indivíduo até se sentir bastante positivo, e no entanto pontuar a um nível intermédio, já que estas incluem sentimentos tão específicos, com os quais o indivíduo pode não se identificar; (b) comparativamente a uma das escalas mais utilizadas na literatura, a PANAS, os investigadores referem que esta escala reflete sentimentos com um elevado carácter de ativação, e alguns dos itens podem até nem serem considerados emoções, como ativo ou

forte. Isto significa que, se alguém se sente feliz, contente, agradável, a escala em questão tem dificuldade em capturar estes sentimentos, já que os itens retratam uma elevada intensidade; (c) a escala reporta-se à quantidade de tempo que o participante experiêcia cada sentimento listado que segundo Diener e colegas (1991) parece relacionar-se melhor com as medidas de bem-estar, do que a intensidade dos sentimentos.

Em jeito de conclusão, a componente emocional e a componente cognitiva que constituem o bem-estar subjetivo, encontram-se moderadamente ou altamente correlacionadas (Diener, Napa-Scollon, Oishi, Dzokoto, & Suh, 2000). Uma série de estudos têm sido realizados na tentativa de compreensão da relação entre a satisfação com a vida e a balança hedónica (e.g., Schimmack, 2003; Schimmack, Böckenholt & Reizenzein, 2002; Suh, Diener, Oishi & Triandis, 1998). Estas investigações demonstraram que a balança hedónica determina a satisfação com a vida, uma vez que ao avaliar as suas vidas, os indivíduos têm em conta as experiências afetivas positivas e as experiências afetivas negativas – muito embora a comunidade científica aceite universalmente esta preposição, o facto é que poderão existir diferenças entre as culturas mais individualistas e as mais coletivistas (Kahneman *et al.*, 1999).

1.3.4. Abordagens Teóricas do Bem-Estar Subjetivo

Como referido anteriormente, Diversas edificação e consolidação do bem-estar subjetivo (e.g., teoria humanista, a psicologia cognitiva e social, a sociologia). Esta multiplicidade de disciplinas e domínios científicos que cooperaram no estudo do bem-estar subjetivo, possibilitaram a emergência de diferentes abordagens teóricas, que iremos expor de seguida (Diener & Ryan, 2009). Iremos então proceder à explicação sucinta de algumas elaborações teóricas, com base na divisão teórica proposta por Diener e Ryan (2009), que distingue as teorias téticas, teorias evolutivas, teorias cognitivas, teorias da comparação social, e teorias topo-base e base-topo.

1.3.4.1. Teorias Téticas

Os teóricos da abordagem tética defendem que a felicidade dá-se no seguimento do cumprimento de um objetivo ou meta, na realização de uma necessidade, ou mesmo na obtenção de estado desejado pelo indivíduo e que contribui para a sua felicidade (Diener & Ryan, 2009; Pavot & Diener, 2013). As investigações realizadas acerca do bem-estar subjetivo tem sido baseadas num modelo implícito de necessidades e objetivos, uma vez que

existe um grau de relação entre elas e o bem-estar subjetivo – a este propósito Diener (2009), afirma que “o grau de recursos presumivelmente relacionado com as necessidades e desejos é avaliado e correlacionado como bem-estar subjetivo” (pp. 38).

As abordagens teóricas que resultaram da perspectiva télica são designadas de teorias das necessidades e objetivos. Corriqueiramente, as teorias das necessidades (*need theories*) afirmam que o ser humano possui ou aprende determinadas necessidades que procura satisfazer ao longo da sua vida. Estas necessidades, conscientes ou não para o sujeito, quando satisfeitas promovem a felicidade. As teorias dos objetivos (*goal theories*) postulam que o indivíduo está, conscientemente, à procura da concretização de determinados objetivos – a felicidade resulta do cumprimento dos mesmos (Diener *et al.*, 1999). Comparativamente, ambas as teorias, que resultam da perspectiva télica, creem que existem determinadas necessidades que dão origem ao estabelecimento de objetivos específicos, e que o cumprimento dos mesmos se relaciona com a felicidade (e.g., Maslow) (Deci & Ryan, 2000)

A título de exemplo, embasadas pelo contexto teórico télico, emergiram algumas teorias de bem-estar, como o bem-estar psicológico de Ryff (1989), bem como a teoria da autodeterminação de Ryan e Deci (2000).

Sucintamente, o modelo multidimensional de Ryff (1989) propõe seis componentes na conceção do crescimento pessoal, desenvolvimental e na autorrealização: (a) a autoaceitação, no que diz respeito ao autoconhecimento, à maturidade e ao funcionamento ótimo, isto é, na atitude positiva do indivíduo face a si mesmo; (b) autonomia, relativa à independência da avaliação e validação externa; (c) controlo sobre o meio, isto é, a habilidade de escolha de um ambiente que se compatibilize com as características e capacidades do indivíduo, bem como o controlo de ambientes mais complexos; (d) relações positivas, ou seja, a capacidade do indivíduo estabelecer relações próximas, de afeto e de confiança, com outros; (e) o propósito, que significa a capacidade do indivíduo traçar metas para si que dão significado à sua vida; (f) e por último o desenvolvimento pessoal, embasado no crescimento através da vivência de novas experiências e desafios, que permitem ao indivíduo potenciar as suas qualidades pessoais (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Ryff & Keyes, 1995).

Já a teoria da autodeterminação de Ryan e Deci (2000) procura compreender a motivação inerente às escolhas que os indivíduos fazem sem influências externas que interfiram nessas decisões – mais especificamente, pretende identificar e perceber as

necessidades psicológicas que regulam a automotivação e a autodeterminação (Ryan & Deci, 2002). A este propósito os investigadores afirmam que, na teoria da autodeterminação “ o seu campo é a investigação das tendências inatas de crescimento e de necessidades psicológicas que são a base para a sua automotivação e integração da personalidade, assim como as condições que favorecem os processos positivos” (Ryan & Deci, 2000, pp. 68). La Guardia, Ryan, Couchman, e Deci (2000) identificaram três necessidades, inerentes à motivação intrínseca, que facilitam o crescimento pessoal, a integração e relacionamento social, e o bem-estar: (a) competência, que diz respeito aos sentimentos de eficácia, curiosidade, e desafio; (b) autonomia, que se refere aos sentimentos de acção, vontade e iniciativa; e (c) capacidade de se relacionar com o outro, que concerne ao sentimento de pertença, segurança e intimidade. Ainda segundo os investigadores, a motivação situa-se num contínuo entre motivação intrínseca e extrínseca (Ryan & Deci, 2000; Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002) - variação do indivíduo neste contínuo vai depender do grau de interiorização que faz das suas experiências. Uma maior motivação intrínseca proporciona uma autorregulação interna assente na premissa do prazer, da satisfação relativa às suas ações ou comportamentos; em contraste, na motivação extrínseca o indivíduo engaja em atividades pela consequência que resulta dessa ação (Ryan & Deci, 2000). Mais ainda, Ryan, Sheldon, Kasser, e Deci (1996) hipotetizaram que a procura e a consequente realização de determinados objetivo de vida proporciona a satisfação relativamente direta das necessidades básicas, potenciando os níveis de bem-estar; o crescimento humano relaciona-se essencialmente com a motivação intrínseca, uma vez que o papel ativo que o indivíduo tem na persecução dos seus objetivos, promove uma autorregulação interna pelo meio da satisfação, da felicidade, do prazer. Os investigadores conceptualizam as necessidades como inatas e não adquiridas, que desempenham um papel fundamental na compreensão do crescimento humano - nesta participação incluem a motivação intrínseca se desenrola na autorregulação interna pelo meio do interesse, da satisfação inerente e do interesse.

Muito embora a abordagem tética seja aceite na comunidade científica, existem diversas críticas ao mesmo no que diz respeito ao bem-estar subjetivo. Diener (2009) refere quatro críticas a estas abordagens: (a) muito embora as metas realizadas a curto prazo sejam facilitadoras de felicidade e consequentemente de bem-estar subjetivo, algumas dessas metas podem trazer consequências a longo prazo, uma vez que entram em confronto com outros objetivos; (b) o desejo de algo e a concretização do mesmo pode estar em conflito, e

portanto, impossível satisfazê-lo plenamente; (c) os indivíduos podem não ter a possibilidade de concretizarem os seus objetivos, uma vez que pode existir uma lacuna entre o objetivo e a possibilidade de o concretizarem; (d) os indivíduos apresentariam baixos níveis de felicidade por não terem metas ou objetivos.

1.3.4.2. Teorias Evolutivas

A valência hedônica da emoção é representada pela componente de afeto positivo e afeto negativo – isto significa que os pensamentos, planos, objetivos que traçamos têm a função de induzir emoções positivas ou de evitar emoções negativas (Nesse, 1990).

As teorias evolucionistas das emoções focaram-se, essencialmente, nas emoções negativas, como a raiva, o medo, o nojo, entendidas como adaptações evolutivas perante as ameaças que os ancestrais humanos enfrentaram. De facto, estas emoções provocam modificações fisiológicas (e.g., no caso do medo, o batimento cardíaco aumenta, bem como a corrente sanguínea, especialmente nos músculos, que facilita, por exemplo, a fuga) (Fredrikson, 2003). Nesta perspetiva, as emoções negativas balizam os nossos pensamentos e os nossos comportamentos para aqueles que promovem a luta pela sobrevivência. Por outras palavras, as emoções negativas balizavam o nosso leque de pensamentos e ações para aqueles que melhor promoviam a sobrevivência do ser humano – exemplificando, a raiva impelia o ser humano a atacar. Os modelos da psicologia evolutiva afirmavam que as emoções positivas não tinham vantagens adaptativas, uma vez que elas não motivavam para o comportamento ativo, isto é, “desta perspetiva evolutiva, a felicidade, a serenidade, a gratidão não parecem tão úteis como o medo, a raiva, o nojo. As alterações corporais, que urgem para o ato e as expressões faciais produzidas pelas emoções positivas não são tão específica ou obviamente relevantes para a sobrevivência como aquelas desencadeadas pelas emoções negativas” (Fredrikson, 2003, pp. 332).

Os modelos evolutivos de bem-estar sugerem que o papel das emoções positivas é explicado pela evolução da condição humana. A sua conceptualização teórica não procura a resolução imediata de problemas associados à sobrevivência imediata, como o caso das emoções negativas; contrariamente, as emoções positivas procuram resolver questões que dizem respeito ao crescimento pessoal. Segundo os seus teóricos, as emoções positivas têm vantagens adaptativas para a sobrevivência humana uma vez que motivam para o comportamento adaptativo. Por outras palavras, a experiência de emoções positivas impele para pensamentos e modos de comportamento que preparam, indiretamente, o indivíduo

para experiências futuras menos boas (Fredrickson, 2003). Exemplificando, Fredrickson (2001), de acordo com a teoria ampliar e construir, embasada pelas premissas evolutivas, afirma que a experiência de emoções positivas permite ao indivíduo «ampliar» e diversificar os comportamentos face aos eventos, e desta forma «construir» um leque variado de recursos intelectuais, físicos, psicológicos e sociais, contribuindo, desta forma, para o seu florescimento. Do ponto de vista evolutivo, isto significa que, um elevado bem-estar subjetivo apoiado pela experiência de afeto positivo impulsiona o indivíduo a explorar de forma confiante o ambiente que se encontra em seu redor, e, conseqüentemente, multiplicar os seus recursos, fundamentais para o seu comportamento adaptativo. A este propósito, Fredrickson (2001) refere que “as experiências de afeto positivo impulsionam os indivíduos a envolverem-se com o seu meio ambiente e nas suas atividades. Esta ligação entre o afeto positivo e o envolvimento nas atividades fornece uma explicação para (...) a tendência dos indivíduos experimentarem um efeito leve da frequência de afeto positivo, mesmo em contextos neutros” (pp. 219). Adianta, ainda, que no que diz respeito à interpretação positiva dos eventos, “os indivíduos manifestam um viés adaptativo que os promove a deslocarem-se e a explorarem novos objetos, pessoas ou situações” (pp.219)

Muito embora se reconheça o papel das emoções negativas no processo evolutivo, estes novos modelos que partem da psicologia positiva providenciam uma nova perspetiva sobre as vantagens adaptativas das emoções (Diener & Ryan, 2009).

1.3.4.3. Teorias Cognitivas

Os modelos cognitivos, embasados pelas abordagens topo-base, que falaremos mais detalhadamente de seguida, focam-se, essencialmente, nos processos cognitivos que intervêm no bem-estar, como a atenção, a memória, e a interpretação – este modelo, o AIM, atenção interpretação e memória, é um exemplo deste modelo. Mais especificamente, este modelo propõe que os indivíduos com elevado bem-estar subjetivo tendem a focar a atenção num estímulo positivo, e por sua vez interpretar positivamente esse estímulo, e a memorizá-lo como um evento positivo (Diener & Biswas-Diener, 2008). Esta teoria enfatiza a capacidade do indivíduo focar mais em estímulos positivos em detrimento dos estímulos negativos, e identifica a interpretação positiva como preditora nos níveis de bem-estar – isto significa que, a interpretação positiva é percecionada como um filtro protetor positivo, que por sua vez influencia positivamente a recordação desses eventos. Os investigadores falam mesmo em “pessoas cronicamente felizes” (Diener & Biswas-Diener, 2008, pp. 199) que

tendem a desenvolver uma panóplia maior de estratégias de pensamento positivo, quando comparadas com pessoas com pensamentos ruminativos. Resumidamente “as pessoas otimistas tendem a procurar positivos [estímulos] (atenção), e frequentemente interpretam os estímulos neutros como sendo positivos encontrando crescimento na adversidade (interpretação), e recordam memórias mais gratificantes (memória)” (Diener & Biswas-Diener, 2008, pp. 199).

1.3.4.4. Teorias da Comparação

As teorias de comparação fundamentam-se no princípio que os níveis de bem-estar resultam da comparação relativamente a um ponto de comparação, seja o passado do indivíduo, os outros, os seus ideais, as suas condições de vida atuais com as suas condições de vida passadas (Diener & Ryan, 2009). Exemplificando, Michalos (1985) propôs uma teoria embasada pelos trabalhos de Campbell, Converse e Rodgers (1976) e Andrews and Whitney (1976), denominada de teoria da discrepância múltipla. O investigador postula que a felicidade é inversamente relacionada com o grau de discrepância entre os múltiplos graus de comparação, incluindo o que é que o sujeito quer, o que teve no passado, e o que é que outros, relevantes para si, têm. Para Michalos (1985), os indivíduos fazem a comparação de múltiplos graus de comparação, nos quais se incluem os outros, as aspirações, as condições passadas, as necessidades, as realizações – essa analogia é estabelecida com base nas discrepâncias entre as condições atuais e as condições passadas.

A teoria da adaptação de Brickman, Coates, e Janoff-Bulman (1978) refere que o passado do indivíduo é o termo de comparação, no entanto esta teoria admite que o indivíduo retorna aos valores iniciais de bem-estar após o efeito no bem-estar das emoções que despoletadas por determinado evento. A título de exemplo, Diener e Ryan (2009), e segundo a perspectiva de Brickman e Campbell (1971) referem que, de acordo com esta teoria, se houver uma promoção de posto de trabalho “aquela pessoa vai experienciar um pico de bem-estar devido à promoção estar acima do seu ponto de comparação anterior” (Diener & Ryan, 2009 pp. 395), no entanto, “ao longo do tempo, a teoria da adaptação postula que a promoção torna-se o novo ponto de comparação e, por conseguinte, perde o seu poder para evocar sentimentos de bem-estar no indivíduo” (Diener & Ryan, 2009, pp. 395). Brickman e Campbell (1971) descreveram esta adaptação com adaptação hedónica, que no fundo diz respeito ao aumento do bem-estar devido a uma situação positiva na vida do sujeito, que, posteriormente, depois de se adaptar a essa nova condição e a estabelecer

como um novo ponto de comparação para si, adapta-se a ela. Apesar de alguns estudos afirmarem a potencialidade desta teoria (e.g., Brikman *et al.*, 1978; Flanagan, 1980), Diener, Lucas, e Scollon, (2006) apresentam limitações fortes a esta teoria.

As teorias da comparação, especialmente as teorias da adaptação, tem dedicado os seus estudos na compreensão dos níveis de bem-estar após um acontecimento significativo de vida, e do processo de adaptação face ao mesmo. A este propósito, Diener, Lucas e Scollon (2006) referiram cinco importantes revisões necessárias a ter em conta nas teorias da adaptação do bem-estar subjetivo – neste artigo os investigadores chamaram a atenção para a influência da componente cognitiva e da componente afetiva nos relatos de bem-estar. Mais especificamente, em que grau a componente afetiva e a componente cognitiva são diferentemente afetadas pelos fatores externos. A responder a esta questão, Luhmann, Hofmann, Eid e Lucas (2012) verificaram, através de um estudo meta-analítico, que os acontecimentos de vida têm diferentes efeitos na componente afetiva e na componente cognitiva do bem-estar subjetivo – para a maioria dos acontecimentos os efeitos do mesmo na componente cognitiva são mais fortes e consistente ao longo de várias amostras. Este tema vai ser explorado de seguida nas abordagens base-topo.

1.3.4.5. Teorias base-topo e topo-base

No perfil teórico do bem-estar subjetivo, e como supracitado, existe uma panóplia de teorias, em que algumas delas podem ser categorizadas segundo uma abordagem base-topo ou topo-base (Diener, 1984; Schimmack, 2008). Estas enfases teóricas acerca da identificação de fatores que influenciam ou não o bem-estar deram-se após a mudança de ênfase proposta inicialmente por Wilson (1967), que testou duas hipóteses acerca do bem-estar. Por um lado, procurou compreender e identificar as necessidades que devem ser concretizadas para a experiência de felicidade, relacionada com as abordagens base-topo, e, por outro lado, que características internas ao indivíduo, como os valores pessoais afetam o grau de satisfação, relacionado com as perspetivas topo-base.

1.3.4.5.1. Teorias base-topo

De acordo com a abordagem base-topo, a felicidade é o somatório das experiências positivas, onde o indivíduo qualifica a sua satisfação global com a vida através de um cálculo mental dos momentos positivos e negativos. Nesta tentativa de qualificar o bem-estar subjetivo, a abordagem base-topo refere que os momentos positivos do dia-a-dia

proporcionam a experiência de bem-estar subjetivo. Por outras palavras, as circunstâncias de vida em que o indivíduo se envolvia, seriam os principais preditores de bem-estar subjetivo (Feist, Bodner, Jacobs, Miles & Tan, 1995). Esta abordagem base-topo apoia-se na ideia de Wilson (1967) acerca das necessidades básicas e universais, e na conexão da satisfação destas com o bem-estar. A título de exemplo, Stallings, Dunham, Gatz, Baker e Bengtson (1997), analisaram a relação entre 11 eventos de vida significativos e o seu efeito no bem-estar psicológico, em três gerações distintas – avós, os seus filhos adultos, e os seus jovens adultos netos. Os investigadores verificaram que as experiências de vida positivas prediziam alterações no afeto positivo, e as experiências de vida negativas prediziam alterações no afeto negativo – ambas componentes do bem-estar subjetivo.

De acordo com esta abordagem, os investigadores inicialmente focaram-se, então, na influência que os elementos externos exercem na felicidade, isto é, nos eventos de vida, nas situações e nas variáveis demográficas (Diener, 1984; Diener *et al.*, 1999), como o sexo (e.g., Fujita, Diener, & Sandvik, 1991) a idade (e.g., Shmotkin, 1990), o estado civil (e.g., Diener, Gohm, Suh, & Oishi, 2000; Stutzer & Frey, 2006), a educação (e.g., Witter, Okun, Stock & Haning, 1984), entre outros. No que diz respeito às variáveis demográficas, por exemplo, Stutzer e Frey (2006) analisaram a relação entre o casamento e o bem-estar subjetivo, num estudo longitudinal a 17 anos. Os resultados indicaram que os solteiros que estão para casar são mais felizes do que aqueles que ficam solteiros, mesmo controlando as variáveis demográficas. No entanto, os investigadores referem que os resultados são distintos mediante a idade – mais especificamente, os indivíduos que estão para casar antes dos 30 ou depois dos 30 apresentam maior satisfação com a vida, quando comparados a indivíduos solteiros da sua faixa etária, enquanto os indivíduos que estão para casar perto dos 30 não apresentam diferenças de satisfação relativamente a indivíduos solteiros da mesma faixa etária. De uma forma geral, Stutzer e Frey (2006) puderam concluir que o casamento tem efeitos nos níveis de bem-estar subjetivo. A este propósito, e no que concerne à educação, Oreopoulos (2007), verificou que os anos de estudo estavam positivamente associados à satisfação, mesmo controlando variáveis que podiam explicar os resultados numa associação inversa, isto é, a satisfação potenciava a continuação dos estudos.

Ainda na abordagem base-topo, a relação entre os eventos de vida e o bem-estar subjetivo permanece discutível. Se por um lado, alguns estudos revelam uma adaptação dos sujeitos a situações marcantes de vida (e.g., Tyc, 1992), outros demonstram diferenças

significativas nos níveis de bem-estar, propondo a validação da explicação base-topo (e.g., Margraf, Meyer, & Lavalle, 2013). Neste sentido, alguns investigadores afirmaram que os eventos de vida (e.g. casar ou divorciar, ser despedido ou contratado) não produziam efeitos significativos nos níveis de bem-estar subjectivo (e.g., Brickman & Campbell, 1971; Frederick & Lowenstein, 1999; Headey & Wearing, 1992;). Um dos primeiros estudos que relacionava os eventos de vida e o bem-estar subjectivo foi realizado por Brickman, Coates e Janoff-Bulman (1978) – os investigadores comparam níveis médios de bem-estar subjectivo entre dois eventos significativos de vida, isto é, entre indivíduos que ganharam recentemente a lotaria e paraplégicos por acidente a um grupo de controlo, e puderam concluir que, os níveis médios de bem-estar não se diferenciavam do grupo de controlo como esperado, colocando a hipótese da adaptação a esses eventos. Sob esta perspectiva está o fenómeno a adaptação hedónica e da teoria da adaptação, já abordada anteriormente (Brickman & Campbell, 1971), que, posteriormente, sob este princípio resultaram diversos modelos, como a teoria do equilíbrio dinâmico (Headey & Wearing, 1992) ou a teoria *set-point* (Diener *et al.*, 2006). A favor desta perspectiva tomamos por exemplo o encarceramento. Em concordância com Flanagan (1980), que realizou um estudo numa amostra de prisioneiros britânicos, demonstrou que, muito embora os pacientes relatassem decréscimo nas relações que mantinham com o exterior, observou a longo prazo uma adaptação à própria prisão, salientando a importância da adaptação hedónica. No entanto, Helliwell (2011) procurou compreender se algumas mudanças institucionais, que compreendiam a importância do contexto social, da benevolência, da confiança, do envolvimento de todos indivíduos que fazem parte da pirâmide institucional, na prisão de Singapura tinham efeito nos relatos de bem-estar. O investigador pode concluir que, após estas mudanças, havia menos reincidência e uma melhoria nas relações sociais entre os prisioneiros e o resto da sociedade. Focando-nos na saúde/doença, Tyc (1992), numa amostra de crianças e adolescentes com cancro, comparou um grupo que havia perdido membros corporais devido à sua condição médica e aqueles que não haviam perdido, mas que apresentavam a mesma condição médica. A investigadora não encontrou diferenças significativas nem na qualidade de vida nem na sintomatologia psiquiátrica dos pacientes inquiridos, indicando que os primeiros adaptaram-se a esta situação de perda. No entanto, estes estudos não têm em conta os níveis anteriores de felicidade, e por isso devem ser interpretados de forma cautelosa (Lucas, 2007).

Outro evento significativo relatado na literatura é a cirurgia plástica (Frederick & Loewenstein, 1999). Klasser, Jenkinson, Fitzpatrick e Goodacre (1996) analisaram a qualidade de vida no domínio da saúde em pacientes antes e seis meses após a realização de uma cirurgia plástica de estética – os resultados demonstraram que os pacientes que se submeteram a uma redução mamária apresentaram maior qualidade de vida relacionada com a saúde; os restantes grupos cirúrgicos apenas apresentaram melhorias significativas no que diz respeito à autoestima. No entanto, Ozjür, Tuncali, e Gürsu (1998) compararam dois grupos de cirurgia plástica (grupo da cirurgia estética e o grupo da cirurgia reconstrutiva) com um grupo de controlo recolhido da população geral, e verificaram que os resultados para a satisfação com a vida eram semelhantes entre os grupos de cirurgia plástica e o grupo de controlo. Mais recentemente, Margraf, Meyer e Lavallee (2013) compararam 544 pacientes que realizaram cirurgia estética com 264 pacientes que mostraram interesse em realizar, mas que optaram por não fazê-lo. Os resultados demonstraram que os pacientes que realizaram a cirurgia estética apresentavam mais qualidade de vida, mais satisfação com a vida, mais bem-estar, mais saúde física e mental, mais autoestima, mais autoeficácia.

Os efeitos dos acontecimentos significativos de vida no bem-estar subjetivo foi relatado em vários estudos de Lucas e colegas (Lucas, 2005; Lucas, 2007; Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2003, 2004). Exemplificando, Lucas (2007a) refere algumas conclusões dos estudos que realizou (e.g. Lucas, *et al.*, 2003; Lucas *et al.*, 2004; Lucas, 2005): (a) a mudança nos níveis de bem-estar subjetivo ao longo do tempo refuta a ideia que a adaptação não é inevitável, como proposto por alguns investigadores das teorias de *set-point* (e.g., Headey & Wearing, 1989) – esta mudança ocorre de forma dissemelhante dependendo do acontecimento em si. Se por um lado a adaptação face ao casamento parece ocorrer pouco tempo depois (Lucas *et al.*, 2003), o mesmo não ocorre para a viuvez (Lucas *et al.*, 2003), para o divórcio (Lucas, 2005) ou mesmo para o desemprego (Lucas *et al.*, 2004), sendo que estes últimos dos acontecimentos, segundo os resultados dos estudos de Lucas e colegas supra mencionados, revelam mesmo alterações permanentes na satisfação com a vida. Estas alterações no nível de bem-estar subjetivo são ainda mais significativas no caso de indivíduos que ficaram com alguma inaptidão ou incapacidade (Lucas, 2007b); (b) existe uma variabilidade individual na facilidade que o indivíduo tem em adaptar-se – essa diferença na reação e adaptação ao evento pode resultar da natureza do acontecimento, bem como das diferenças pessoais que ocorrem para diferentes indivíduos face ao mesmo; (c) os dados longitudinais parecem apontar para a existência de diferenças individuais antes do

evento que predispõem o indivíduo para se envolver em determinados acontecimentos – para os investigadores, isto significa que, exemplificando no caso do casamento, as diferenças verificadas em termos de felicidade já existiam antes mesmo do acontecimento ocorrer, ou seja, as pessoas que reportavam maiores níveis de felicidade após o casamento, eram aquelas que quando solteiras mostravam níveis de felicidade superiores (Lucas *et al.*, 2003).

Mais recentemente, a título de curiosidade, e na mesma linha de pensamento, Lucas e Lawless (2013) verificaram a associação entre as condições meteorológicas e a influência que elas têm nos julgamentos da satisfação com a vida, numa amostra americana de larga escala por um período de cinco anos, e puderam concluir que as condições meteorológicas não se relacionavam com a satisfação com a vida. E muito embora pareça que o sol ou a chuva não influenciam a forma como avaliamos a nossa vida, Dyrddal e Lucas (2013) realizaram um estudo acerca dos efeitos do nascimento de um filho na satisfação com a vida. Esta investigação pretendia explorar as flutuações da satisfação com a vida antes e depois do nascimento de um primeiro filho – os resultados demonstraram que a satisfação com a vida aumentava durante a gravidez e até ao nascimento, e retornava ao seu nível inicial dentro de dois anos pós-parto. Esta análise foi realizada por casal e os resultados demonstraram que o mesmo casal reagiu e adaptou-se de forma similar a este evento, sugerindo que, apesar de algumas características de personalidade moderarem os efeitos de reação e adaptação, há uma especificidade relativamente ao evento que ameniza as diferenças individuais.

Em suma, para Lucas (2007a) “o que significa para um indivíduo que a felicidade é 50% ou até 80% hereditária? O que significa que 35% da variância do bem-estar é estável no tempo? Estes factos empíricos significam que os níveis de felicidade a longo-termo não se modificam?” (pp. 78) De facto, os resultados relatados anteriormente pelos estudos de Lucas e colegas (e.g., Lucas *et al.*, 2003, 2004; Lucas, 2005) revelam que a respostas para esta última questão não é assim tão linear – se de facto os níveis de felicidade são moderadamente estáveis ao longo do tempo, esta estabilidade não impedem mudanças grandes e duradouras, e acrescenta “os níveis de felicidade modificam-se, a adaptação não é inevitável, e os eventos de vida contam de facto” (Lucas, 2007a, pp. 78).

Não obstante, alguns estudos iniciais revelavam que apesar de haver uma associação entre as variáveis demográficas e o bem-estar subjetivo, os efeitos dessas variáveis eram relativamente pequenos. Exemplificando, Andrews e Withey (1976), numa

amostra americana demonstraram que as variáveis demográficas só explicavam 8% da variância do bem-estar subjetivo. Ainda ao encontro destes resultados, Campbell, Converse e Rodgers (1976), numa amostra americana, que as características demográficas (idade, rendimento, e educação) explicavam 20% da variância do bem-estar subjetivo.

A significância mínima dos efeitos das condições externas no bem-estar subjetivo foi também explicada pela constância nos relatos de felicidade. A este propósito, Costa e McCrae (1988) realizaram um estudo longitudinal acerca dos cinco fatores de personalidade, em ambos os sexos – os investigadores puderam concluir que, no que diz respeito ao afeto, positivo e negativo, componentes do bem-estar subjetivo, os seus coeficientes mantiveram-se estáveis por um período de seis anos. Mais, Magnus e Diener (1991) propuseram um estudo longitudinal para desafiar a literatura existente relativa à influência dos eventos de vida no bem-estar subjetivo – os resultados demonstraram que o bem-estar subjetivo é um constructo estável, que existem traços de personalidade que predisõem os indivíduos a experienciar os eventos de forma mais positiva ou mais negativa, como a extroversão e o neuroticismo, e especialmente, que as circunstâncias da vida não tem influência a longo-termo na satisfação com a vida.

Em jeito de conclusão, muito embora os eventos de vida significativos possam influenciar o bem-estar subjetivo, como nos mostram alguns estudos (e.g., Abbey & Andrews, 1985; Headey, Glowacki, Holmstrom, & Wearing, 1985; Lucas *et al.*, 2003; Lucas *et al.*, 2004; Dyrddal & Lucas, 2013), a estabilidade do bem-estar subjetivo sugere a presença de outros factores a contribuir para o bem-estar subjetivo, nomeadamente os factores de personalidade e as influências genéticas – as abordagens topo-base.

1.3.4.5.2. Teorias topo-base

As abordagens base-topo são caracterizadas como um efeito do bem-estar subjetivo, enquanto as abordagens topo-base, o bem-estar subjetivo é uma causa, e referem haver uma propensão para a positividade ou negatividade, que irá influenciar as interações que o indivíduo estabelece com o mundo – de acordo com esta perspectiva, o indivíduo tem prazer nas interações “porque é feliz, e não vice-versa” (Diener, 1984, pp. 565). Ainda a este propósito Diener e Ryan (2009) referem “de acordo com as teorias topo-base, um indivíduo com um estado de espírito mais positivo pode experienciar ou interpretar um certo acontecimento de forma mais feliz do que uma pessoa com um perspectiva mais negativa, tornando a atitude positiva ao invés dos acontecimentos objetivos no fator causal de bem-

estar.” (pp. 394). Isto significa que, as características atribuídas à experiência (e.g., positiva, desagradável) dependem da interpretação do sujeito.

A favor desta perspectiva está o estudo inicial de Andrews e Withey (1974), que procurou desenvolver medidas de avaliação da qualidade de vida percebida, avaliando domínios de satisfação com a vida (e.g., casa/apartamento, emprego, vida familiar, vizinhança, experienciar atratividade, segurança, diversão, independência, liberdade, entre outros) e realizando itens para a qualidade de vida percebida. Os resultados demonstraram que, na predição da satisfação com a vida, nem os domínios de satisfação nem as características sociais contribuíam para o poder explanatório da qualidade de vida – o que significa que a satisfação com os domínios poderá resultar da satisfação global com a vida, ao invés de ser causa fundamental da mesma. Estaria, então, lançada a dúvida acerca do peso dos fatores sociais e contextuais na satisfação com a vida, e portanto, no bem-estar subjetivo. Mais tarde, Headey, Veenhoven, e Wearing (1991) propuseram um estudo que colocava em confronto as perspectivas base-topo e topo-base, na tentativa de resolução da controversa. Usando dados do painel de qualidade de vida da Austrália, os investigadores pretenderem verificar as relações entre os domínios de satisfação como a conjugalidade, emprego, estilo de vida, lazer, amizade e saúde, e o bem-estar subjetivo, bem como as intercorrelações nos domínios de satisfação, uma vez que segundo Diener (1984), relacionam com os modelos topo-base, avaliando igualmente a personalidade. Os resultados demonstraram que apenas o casamento é uma variável com influências base-topo e topo-base, enquanto os domínios de satisfação como o emprego, o lazer, e o estilo de vida apresentava, efeitos topo-base. Alguns investigadores propuseram que a predisposição do indivíduo para experienciar um determinado estado afetivo deve-se às características de personalidade (e.g., Costa *et al.*, 1987), com os fatores genéticos (e.g., Tellegen, Lykken, Bouchard, Wilcox, Segal, & Rich, 1988) ou mesmo processos cognitivos (e.g. Diener & Biwas-Diener, 2008; Robinson & Compton, 2008).

Os modelos das abordagens topo-base perspetivam o bem-estar subjetivo numa natureza mais estável, o que significa que os acontecimentos do dia-a-dia têm um efeito mais transitório, uma vez que apesar dos acontecimentos, os indivíduos tendem a retornar aos seus valores anteriores (Headey, 2008).

Importa acrescentar que, em consonância com estes modelos, a personalidade, a hereditariedade e genética e ainda os fatores cognitivos são responsáveis pela sua edificação

Neste sentido, e como referido anteriormente, a personalidade, pelo papel que desempenha na avaliação do bem-estar subjetivo.

Resumidamente, os traços de personalidade são propensões comportamentais específicas de um determinado indivíduo adulto, e representam-se pela componente biológica e a componente adquirida, sendo consistentes ao longo do tempo e das situações (Eysenck, 1987).

No que respeita ao bem-estar subjetivo, os traços de personalidade mais estudados têm sido o neuroticismo e a extroversão (e.g., Costa & McCrae, 1980; Hotard, McFatter, McWhirten, & Stegall, 1989; Headey & Wearing, 1992). Resumidamente, e de acordo com Lima e Simões (2000) a extroversão relaciona-se com a sociabilidade, com a orientação para a relação interpessoal, com a procura de estímulos, com o otimismo, e correlaciona-se significativamente com emoções positivas como a alegria e a afeição. Já o neuroticismo, e segundo os mesmos investigadores, inclui características como a ansiedade, a preocupação, a irritabilidade, a insegurança, a somatização e sensibilidade interpessoal e relaciona-se com as emoções negativas (Lima & Simões, 2000). De acordo com a literatura, estes traços têm sido relacionados com componente emocional do bem-estar subjetivo, a afetividade e com a componente cognitiva, a satisfação. Os estudos têm sugerido correlações elevadas entre o afeto positivo traço e a extroversão e o afeto negativo traço e o neuroticismo (e.g., Costa & McCrae, 1980; Watson & Clark, 1997). Embasados pelo modelo teórico de Gray (1991), Watson e Clark (1997) sugeriram que os traços extroversão e neuroticismo são suscetíveis, nas suas bases neurobiológicas, à experiência positiva e à experiência negativa. Já Costa e McCrae (1980) verificaram que, num período de dez anos, a extroversão predizia o afeto positivo, e o neuroticismo o afeto negativo. Mais tarde, Magnus e Diener (1991) demonstraram que os traços extroversão e neuroticismo predizem a satisfação com a vida ao longo de um período de quatro anos. Os investigadores, que avaliaram a personalidade e os eventos de vida, puderam concluir que o poder preditivo da personalidade era superior aos acontecimentos de vida.

DeNeve e Cooper (1988) realizaram um estudo de meta-análise, que analisou 137 constructos de personalidade distintos na sua relação com o bem-estar subjetivo. Os investigadores encontraram resultados significativos na predição de alguns destes constructos com a satisfação com a vida, a felicidade e o afeto positivo. No entanto, os resultados para o afeto negativo foram menos significativos. Mais especificamente, os resultados demonstraram que os traços de personalidade mais relevantes na predição do

bem-estar eram a confiança, estabilidade emocional, desejo de controlo, resistência, afetividade positiva, locus de controlo externo, autoestima coletiva privada, isto é autoavaliação positiva desse indivíduo num grupo, tensão, defensividade repressiva, isto é, a tendência para não reconhecer a existência de resultados negativos na vida do indivíduo. Quando agruparam os traços de personalidade no modelo dos cinco fatores, o neuroticismo foi o melhor preditor para a satisfação com a vida, para a felicidade e para o afeto negativo; a extroversão e a agradabilidade apresentaram um peso significativo na predição do afeto positivo. Não obstante, os investigadores alertaram para a possibilidade dos estudos estarem a simplificar as relações entre personalidade e bem-estar subjetivo, ao focarem-se apenas nos constructos da extroversão e do neuroticismo (DeNeve & Cooper, 1988). O estudo alertou para a importância dos traços como a autoestima ou o otimismo para as relações com o bem-estar subjetivo, como abordado no estudo sobre a validade discriminante das medidas de bem-estar subjetivo de Lucas, Diener e Suh (1996).

A este propósito, a autoestima e o otimismo têm sido abordados cientificamente pelos teóricos do bem-estar subjetivo, uma vez que têm apresentado relações com o mesmo, mesmo que inferiores a outros traços explanados anteriormente. Resumidamente, a autoestima é a tendência para o indivíduo se avaliar de modo positivo, já o otimismo, enquanto traço de personalidade, é uma tendência para o indivíduo prever resultados favoráveis face sua própria vida de forma constante (Scheier & Carver, 1985). No que concerne à autoestima, Campbell (1981) verificou que, para uma amostra de adultos americanos, a autoestima era a variável melhor para predizer para a satisfação com a vida. No entanto, e desde este estudo, o interesse em perceber o impacto que a cultura (ocidental e oriental) pode ter na mediação da autoestima foi tomada em consideração por Diener e Diener (1985). Neste sentido, os investigadores realizaram um estudo que envolveu 31 nações, e avaliaram os correlatos interculturais da satisfação com a vida e da autoestima. Diener e Diener (1985) puderam concluir que, numa perspetiva individual, a autoestima relacionava-se com a satisfação com a vida em .47 para a amostra total, e esta relação era mais forte nas sociedades individualistas. No que diz respeito ao otimismo, Lucas, Diener e Suh (1996), encontraram uma relação entre otimismo e a satisfação com a vida e o afeto positivo. Mais recentemente, Daukantaitè e Zukauskienė (2012) verificaram um efeito direto do otimismo na satisfação com a vida para mulheres entre os 43 e os 49.

A relação entre o bem-estar subjetivo e a personalidade consiste não só na disposição para reagir positiva ou negativamente a uma situação, mas inclui a presença de

comportamentos que aumentam ou diminuem a probabilidade de ocorrência de determinados eventos (Diener *et al.*, 1999), sendo que esta relação é mais forte quando medida a longo termo – isto é, segundo Diener (2000), esta relação mais forte quanto medida ao longo do tempo pode ser explicada pela implicação dos traços de personalidade na compreensão do afeto, no entanto, pouco fortes na predição de emoções momentâneas. A propósito da relação entre traços de personalidade e bem-estar subjetivo, e da influência de outras variáveis, como exemplificado em vários estudos (Lucas, 2005; Lucas, 2007; Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2003, 2004; Veenhoven, 1994), já na década de 90 Diener (1996) combatia o dogma que apenas a personalidade é suficiente para predizer o bem-estar subjetivo, e para isso apresenta quatro razões: (a) os acontecimentos de vida podem ter influência momentânea nas emoções de um indivíduo – a felicidade é influenciada por variáveis de longo termo (disposicionais) e de curto termo (situacionais); (b) as circunstâncias ambientais, como as condições socioeconômicas, afetam fortemente o bem-estar subjetivo, especialmente quando comparado entre nações; (c) o investigador refere-se às questões de medida que os estudos utilizam para verificar esta relação; (d) por último, o investigador afirma a necessidade de compreender os traços de personalidade nas suas interações com as variáveis contextuais. Diener (1996) alertou para a necessidade de estudar a influência destas múltiplas variáveis de forma conjunta, na tentativa de compreender da melhor forma o seu peso conjunto na determinação do bem-estar subjetivo. Importa referir que, de acordo com Diener e colegas (2003), as implicações entre os traços de personalidade e o bem-estar devem ser analisadas com cautela no que respeita à sua relação causal (Cunningham, 1988; Eysenck & Eysenck, 1985).

A par da personalidade, um dos fatores topo-base relaciona-se com a hereditariedade e a genética. A tentativa de compreensão da estabilidade e consistência do bem-estar surgiu pela abordagem genética (Diener *et al.*, 1999). O modelo conceptual da disposição para o bem-estar relaciona a personalidade com o bem-estar subjetivo, conceptualizando que alguns indivíduos têm uma predisposição para a felicidade ou o contrário – essa explicação é fornecida pelas diferenças individuais inatas que estão presentes no sistema nervoso (Diener *et al.*, 1999). Esta perspetiva da predisposição temperamental influenciar determinados níveis de bem-estar é explicada pelos estudos genéticos da heritabilidade, o que significa que a variância do bem-estar subjetivo deve-se, em parte, aos genes. De acordo com esta perspetiva, a predisposição genética influenciava o temperamento que, por sua vez, influenciava a personalidade (Diener *et al.*, 1999).

A este propósito, Tellegen e colegas (1988) analisaram a importância da componente genética no bem-estar subjetivo, comparando gémeos monozigóticos e gémeos dizigóticos criados juntos, bem como gémeos monozigóticos e dizigóticos criados em separado. Os resultados do seu estudo verificaram que a variação genética estimava cerca de 40% da variabilidade da positividade emocional e cerca de 55% da variabilidade da negatividade emocional. Este estudo alertava para o papel que a genética exercia nas respostas emocionais às circunstâncias da vida. Mais tarde, Lykken e Tellegen (1996) procuraram avaliar a felicidade (bem-estar subjetivo) numa amostra de gémeos de meia-idade, utilizando a escala de bem-estar do questionário multidimensional de personalidade. Os resultados desse estudo demonstraram que o estatuto socio-económico, a escolaridade, o rendimento familiar, a conjugalidade e o comprometimento religioso apenas explicavam 3% da variância do bem-estar subjetivo, e que a variável que melhor predizia o bem-estar era explicada pela variação genética (entre 44% e 52%). Mais ainda, quando uma nova avaliação foi realizada após alguns anos, os investigadores descobriram que a heritabilidade da estabilidade do bem-estar subjetivo atingia os 80%. Os efeitos ambientais contariam então 20% da restante variância da felicidade. Para estes investigadores, e segundo estes modelos, as relações interpessoais, a satisfação com o trabalho, a conjugalidade, entre outros podem ser motivos para a felicidade, mas serão os resultados dos indivíduos serem felizes – o comportamento e a felicidade são componentes de um sistema bidirecional (Rotenberg, 2013).

De acordo com o estudo de Bartels e Boomsma (2009), 36% a 50% das diferenças individuais nos relatos de bem-estar subjetivo eram explicados pelos fatores genéticos, e a restante variância pelos fatores ambientais não compartilhados.

Os resultados do estudo de Weiss, Bates e Luciano (2008), que procurava compreender se a personalidade e o bem-estar partilhavam de uma estrutura genética comum, indicaram que a variância genética subjacente às diferenças individuais no bem-estar subjetivo era responsável por diferenças individuais no neuroticismo, na extroversão, e com menos intensidade, na conscienciosidade. Mais, os investigadores encontraram evidências de um fator genético geral que influenciava as diferenças individuais nos cinco domínios de personalidade propostos pelo modelo dos cinco fatores bem como no bem-estar subjetivo, colocando em hipótese, desta forma, a ideia que a personalidade atuava como uma espécie de “reserva afetiva” (Weiss *et al.*, 2008, pp., 209) que é fulcral para a estabilidade e pela mudança, ao longo do tempo, do ponto inicial do bem-estar subjetivo.

Este estudo alertava para a importância da genética na ligação entre bem-estar subjetivo e personalidade.

Ainda relacionado com o bem-estar subjetivo, mais concretamente com a componente cognitiva do mesmo, Stubbe, Posthuma, Boomsma, e De Geus, (2005) realizaram um estudo que pretendia investigar a contribuição genética e ambiental nas diferenças individuais de satisfação com a vida. Numa amostra de gémeos e filhos únicos, demonstraram, tal como proposto por Pavot e Diener (1993), que a satisfação com a vida tem uma componente a longo prazo que se relaciona com a estabilidade das circunstâncias da vida (e.g., personalidade), uma componente a médio prazo (e.g., acontecimentos recentes) e uma componente a curto-prazo (e.g., humor atual) – mais especificamente, os resultados do seu estudo demonstraram que as diferenças individuais a longo-termo na satisfação com a vida podem ser explicadas pelos fatores genéticos, enquanto a componente a médio e curto prazo pode ser explicada por fatores ambientais específicos ao sujeito (Stubbe *et al.*, 2005). Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Lykken e Tellegen (1996), que como cita Diener e colegas (1999) o indivíduo pode “focar na felicidade num período específico de vida e concluir que a hereditariedade tem uma influência moderada, ou pode focar na média de felicidade dos indivíduos, a longo termo (e.g. década), e concluir que a heritabilidade tem um efeito substancial.” (pp. 279). Mais “ a porção de felicidade é constante por um período de dez anos e é mais facilmente influenciada por um fator estável como os genes de uma pessoa do que é influenciado por um conjunto de eventos que pode influenciar o bem-estar atual.” (pp. 279).

Neste sentido, o estudo recente de De Neve (2011), refere a existência de uma predisposição genética para o bem-estar emocional e para a felicidade, e o mecanismo responsável por esta predisposição pertence a um determinado gene transportador de serotonina (5 HTTLPR), que codifica a distribuição da serotonina (5HT), que é responsável por regular o humor, nas células nervosas do cérebro. Mais especificamente, o gene divide-se em alelos L e alelos S, o que significa que o alelo L apresenta mais moléculas transportadoras de serotonina do que o alelo S. O alelo L ainda se divide em alelo A (que é maior) e alelo G (que é semelhante ao S). Cada indivíduo possui dois alelos de cada gene – neste estudo, as pessoas que apresentavam os alelos LA (portanto os que transportam mais serotonina) demonstravam mais satisfação com a sua vida (8% mais frequente) do que os que não apresentavam o alelo L. Os indivíduos que apresentavam os dois genes com os alelos LL referiram mais 17% de satisfação quando comparados com aqueles que

apresentavam apenas um alelo S. Globalmente, dos indivíduos que apresentavam alelos L, 35% mostrava-se muito satisfeito com a sua vida, sendo que dos indivíduos que apresentavam o alelo S, apenas 19% estavam satisfeitos.

Apesar de existir uma influência da genética nas diferenças de bem-estar subjectivo, ela não é categórica para definir o bem-estar subjectivo (Diener *et al.*, 1999). A forma mais direta de compreender o peso da genética é encontrar genes específicos que contribuem para o bem-estar subjectivo (Diener *et al.*, 1999)

A par da personalidade e da genética, alguns fatores cognitivos são importantes na explicação topo-base. Corriqueiramente, a cognição e os processos cognitivos estão intimamente relacionados com as nossas motivações e objetivos, o que significa que para a concretização dos mesmos, dependemos das nossas capacidades cognitivas e do processamento que fazemos da informação que nos está disponível. Alguns investigadores defendem que as diferenças de bem-estar subjectivo dão-se pela influência na forma como atendemos o estímulo, interpretamos esse estímulo e o memorizamos (Diener & Biswas-Diener, 2008). Para Robinson e Compton (2008) uma “mente feliz” (pp. 232) é caracterizada pelo processo atencional (selectivo) que favorece a informação positiva, pelo processo de categorização dos estímulos que tende a favorecer a informação positiva, pelo processo de organização dessa informação (*priming*), pelos elevados níveis de autoestima implícita, pela ausência do conflito cognitivo-motivacional, e pelas capacidades superiores de autorregulação. Exemplificando, Robinson e Tamir (2011) verificaram que o afeto positivo se relacionava com a tendência para focalizar seletivamente a atenção à informação positiva. No que diz respeito à categorização, Robinson, Vargas, Tamir, e Solberg (2004), verificaram que os indivíduos que, mais rapidamente categorizavam negativamente um determinado estímulo, apresentavam maiores níveis de afeto negativo, mais sintomas somáticos e estamos menos satisfeitos com as suas vidas. Concluindo, o processo cognitivo parece interagir com as predições dos resultados de bem-estar subjectivo, e de acordo com Robinson e Compton (2008) “essas interações são consistentes com a mais ampla perspectiva da personalidade que reconhece o facto dos resultados das variáveis eventualmente refletem o sistema integrativo da personalidade de um indivíduo, incluindo ambas componentes explícitas e implícitas.” (pp. 234).

Alguns estudos colocaram em evidência as perspectivas topo-base e base-topo e a sua influência no bem-estar subjectivo. Exemplificando, Heller, Watson, e Ilies (2004)

analisaram as relações entre os traços de personalidade, os domínios de satisfação e a satisfação com a vida, na tentativa de compreender o contributo dos modelos topo-base e base-topo. Os seus resultados mostraram suporte para um modelo topo-base apoiado no temperamento, bem como um modelo integrativo, que inclui a influência dos domínios de satisfação com a vida – isto significa que as explicações para as diferenças individuais nos relatos de satisfação com a vida, devem-se à influência dos dois modelos explicativos. Shimmack (2008) fez uma revisão da literatura de estudos pertinentes da satisfação com a vida e da influência dos modelos topo-base e base-topo. O investigador pode concluir que pequenas mudanças que ocorram nos domínios de satisfação com a vida podem exercer uma influência nos níveis de satisfação com a vida, sendo que a influência topo-base na satisfação com a vida não indicou relevância, à exceção da componente afetiva do bem-estar subjetivo, que demonstrou fortes influências dos traços de personalidade (e.g., extroversão, neuroticismo) nos níveis de bem-estar.

Desta forma, o bem-estar subjetivo parece contemplar ambos fatores topo-base e base-topo, sendo que a personalidade, enquanto fator topo-base, e as experiências de vida, enquanto fator base-topo influenciam o indivíduo na sua avaliação cognitiva e afetiva do bem-estar subjetivo (Pavot & Diener, 2013). Não obstante, as evidências longitudinais acerca da estabilidade dos níveis de bem-estar subjetivo parecem favorecer as explicações topo-base, possivelmente explicado pelo princípio do modelo de Brickman e Campbell (1971), a adaptação hedónica.

Atualmente, e para Diener e Ryan (2009), existem dois debates fundamentais que opõem estas duas teorias no que diz respeito ao bem-estar subjetivo. O primeiro debate coloca em causa a compreensão do bem-estar subjetivo como um estado ou traço: o bem-estar subjetivo deve ser compreendido à luz dos traços estáveis de personalidade ou deve ser encarado como algo mais transitório, mutável – isto significa que para aqueles que sugerem que o bem-estar subjetivo é um traço, níveis elevados refletem a propensão para reagir positivamente aos eventos, já para aqueles que sugerem que o bem-estar subjetivo é um estado, a representação do mesmo dá-se pela soma dos momentos felizes. O segundo debate enfatiza a relação dos acontecimentos positivos no desenvolvimento de bem-estar – mais especificamente, as diferenças nos níveis de bem-estar resultam da ausência ou presença de acontecimentos positivos, ou as diferenças de bem-estar resultam da interpretação do indivíduo face a esse evento? Exemplificando a este propósito, a ausência de acontecimentos positivos e felizes levam à depressão, ou será a depressão que leva à

ausência de sentimentos de felicidade nos acontecimentos positivos? (Diener & Ryan, 2009).

Concluindo, o modelo aceite atualmente contempla a personalidade como fundamental para predispor o indivíduo a determinadas reações afetivas, bem como aceita a o papel de determinados acontecimentos nos níveis de bem-estar subjetivo.

1.3.5. Correlatos de Bem-Estar Subjetivo

1.3.5.1. Variáveis Socio-Demográficas

Os estudos da relação entre as variáveis sociodemográficas e o bem-estar subjetivo foram os primeiros a serem desenvolvidos depois do trabalho de Wilson (1967), que afirmava que um indivíduo feliz era jovem, independente do género, saudável, com elevada escolaridade, casado, bem-remunerado e satisfeito com o seu trabalho, elevada autoestima, e religioso. No entanto, o estudo de Campbell e colegas (1976), que pretendeu compreender o bem-estar na população americana, verificou que o peso dos fatores sociodemográficos, como a idade, o rendimento e a escolaridade, contabilizava apenas 20% para a variabilidade do bem-estar subjetivo - estes resultados parecem ir ao encontro dos resultados encontrados anteriormente por Bradburn (1969). De acordo com Diener e colegas (2002), os investigadores organizam os resultados dos estudos da relação entre as variáveis sociodemográficas e o bem-estar subjetivo da seguinte forma: “ (a) as variáveis demográficas como a idade, o género, o rendimento estão relacionados com o bem-estar subjetivo; (b) os efeitos são na generalidade baixos; e (c) a maioria das pessoas são moderadamente felizes, e portanto os fatores demográficos tendem a distinguir entre as pessoas que são moderadamente felizes daqueles que são muito felizes” (pp. 68).

As variáveis sociodemográficas a serem analisadas de seguida com mais detalhe são: o género, a idade, a escolaridade, a religião, o rendimento, a conjugalidade, e o emprego. Não obstante, a personalidade, já referida anteriormente, e a cultura e a saúde também se revelaram variáveis importantes na compreensão do bem-estar subjetivo e, desta forma, serão igualmente analisadas.

Opiniões mistas surgem do levantamento dos estudos acerca da relação do género e do bem-estar subjetivo. Se por um lado alguns investigadores propõem diferenças ligeiras, afirmando, por um lado que os homens são mais felizes, sendo que as mulheres apresentam maiores pontuações para o afeto negativo (e.g., Diener *et al.*, 1999), Inglehart (2002) refere

no seu estudo que as mulheres, abaixo dos 45 anos apresentam maiores níveis de bem-estar comparativamente aos homens, e ainda, segundo Fujita e colegas (1994) as mulheres parecem apresentar uma maior probabilidade de reportar níveis superiores e inferiores de bem-estar subjetivo, indicando que o género feminino experiencia os estados emocionais, quer positivos, quer negativos, de forma mais intensa, quando comparado com o género masculino. Ainda segundo Fujita e colegas (1991), que também verificaram que o género contabilizava apenas 1% da variância da felicidade. A este propósito, Lee, Seccombe, e Sehan (1991) sugerem que a intensidade na manifestação dos níveis de mal-estar e de bem-estar por parte do género feminino, une-se para se equilibrar nos níveis globais de bem-estar subjetivo que são semelhantes aos masculinos.

Na generalidade, quando consideramos os valores médios de bem-estar subjetivo, não parecem existir diferenças significativas entre homens e mulheres (Diener & Ryan, 2009; Pavot & Diener, 2013), sendo que as mulheres tendem a situar-se nos extremos opostos das escalas de bem-estar, quando comparadas com os homens (Diener *et al.*, 1999).

No que respeita à idade, os estudos iniciais que relacionavam o bem-estar subjetivo e a idade sugeriam que a juventude era preditora de níveis elevados de bem-estar (e.g., Bradburn & Caplovitz, 1965; Wilson, 1967). Estudos posteriores demonstravam que os níveis de bem-estar subjetivo, especialmente na componente da satisfação com a vida, aumentavam, ou pelo menos não diminuían com a idade (e.g., Herzog & Rodgers, 1981; Horley & Lavery, 1995; Larson, 1978). Numa revisão de alguns estudos internacionais que utilizaram um grande universo amostral, Diener e Suh (1998) concluíram que, na relação idade e bem-estar subjetivo, a componente da satisfação com a vida não declinava com a idade, muito embora se verificasse o declínio dos domínios do casamento e do rendimento; no entanto, verificaram um declínio do afeto positivo como aumento da idade.

De facto, e no que concerne à relação da idade com a felicidade, parece existir um paradoxo da idade - muito embora o envelhecimento esteja associado a declínios nos vários domínios de vida, os valores de bem-estar subjetivo não aparentam decrescer com a idade (Hansen & Slagsvold, 2012).

Os estudos mais recentes parecem ir ao encontro desta relação da idade e do bem-estar subjetivo – exemplificando, Charles, Reynolds e Gatz (2001) avaliaram a componente afetiva do bem-estar subjetivo, através do afeto positivo e negativo pela escala de balanço

afetivo de bradburn. Num estudo longitudinal de 1971 a 1994, que representava quatro gerações familiares, os investigadores concluíram que, o afeto negativo diminuía com a idade em todas as gerações, muito embora os valores fossem atenuados nos adultos mais velhos. No que diz respeito ao afeto positivo, os resultados demonstraram que os mais jovens e os adultos até à meia-idade demonstravam apresentavam valores estáveis, contudo em adultos mais velhos ou mesmo em idosos os valores de afeto positivo diminuía com o tempo. A diminuição de ambos sugere uma constância no balanço entre o afeto positivo e o afeto negativo (Pavot & Diener, 2013).

No estudo de Mroczek e Spiro III (2005) foram analisadas as mudanças na satisfação com a vida num período de 22 anos em 1927 homens. Os resultados deste estudo demonstraram um aumento da satisfação até aos 65 anos, e depois um decréscimo a partir dessa idade, sendo que nessas mudanças existem diferenças individuais significativas. A extroversão foi preditora da variabilidade da mudança, sendo que elevados níveis de satisfação com a vida estavam associados a elevados níveis de extroversão. A par deste, a saúde física e o casamento relacionaram-se positivamente com elevados níveis de satisfação com a vida. Por outro lado, a proximidade à morte associou-se a um declínio na satisfação com a vida. Concluindo, o estudo aponta para um acréscimo de satisfação com a vida, nos vários domínios a partir dos 65 anos e, para o qual contribuem características de personalidade

Um estudo longitudinal mais recente que analisou as alterações de bem-estar, nas suas componentes, cognitiva e afetiva, e a sua relação com a idade, verificou que o bem-estar não declinava com a idade, pelo menos até aos adultos mais velhos. No entanto, os resultados demonstraram que os domínios da saúde e do luto do parceiro eram responsáveis pelas mudanças de bem-estar e conseqüente declínio do bem-estar no envelhecimento (Hansen & Slagsvold, 2012).

No entanto, a relação da idade e do bem-estar subjetivo parece variar entre as nações, sendo que a consistência de resultados fica comprometida quando analisada internacionalmente. A título de exemplo, Deaton (2008) conduziu um estudo com adultos de 132 países onde analisou a satisfação com a vida e a satisfação com a saúde, e a sua relação com o rendimento, idade e a esperança de vida. No que diz respeito à idade, o investigador concluiu que a satisfação com a vida tende a declinar com a idade em países mais pobres (Deaton, 2008).

O trajeto do papel da escolaridade no bem-estar subjetivo não foi sempre constante. Até ao trabalho realizado por Campbell (1981) que se reportava à avaliação da satisfação com a vida no período de 1957 a 1978 nos Estados Unidos, os investigadores até então não haviam encontrado efeitos significativos da educação o bem estar subjetivo (e.g., Palmore, 1979, Clemente & Sauer, 1976), ou então os efeitos que encontravam interagiam com outras variáveis, como o rendimento (e.g., Bradburn & Caplovitz, 1965). Mais tarde, Witter, Okun, Stock, e Haring (1984) verificaram uma correlação positiva entre escolaridade e o bem-estar subjetivo, mesmo após controlarem outras variáveis. Os investigadores concluíram que a escolaridade explicava 1% a 3% da variância do bem-estar.

A escolaridade parece afetar a satisfação com a vida no que diz respeito aos casados. A este propósito, Groot e Van den Brink (2002) realizaram um estudo que pretendia explicar se as diferenças de idade e escolaridade entre os casais produziam efeito na felicidade. No que diz respeito à escolaridade, os investigadores verificaram que a satisfação da mulher aumentava quando a diferença de escolaridade entre o seu parceiro era menor.

Um estudo do departamento de Economia da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) conduzido por Fleche, Smith, e Sorsa (2011), que procurava explorar os determinantes para o bem-estar subjetivo nos países da OCDE, utilizando dados dos questionários aplicados de 1994 a 2008, permitiu concluir que o elevado nível educacional não apresentava um impacto direto na satisfação com a vida, numa perspetiva micro societária. No entanto, ao analisarem a regressão ao nível de cada país, verificaram que existia diferenças significativas, o que sugere que a escolaridade tem um impacto na satisfação com a vida, uma vez que promove o acesso ao emprego, contribuindo para uma remuneração elevada, e potenciando a oportunidade de participação em atividades económicas e sociais. Estes resultados parecem ir ao encontro do estudo realizado por Dolan, Peasegood e White (2008).

Cheung e Chan (2009) realizaram um estudo que procurava compreender o papel da educação na satisfação com a vida em 35 países. Os investigadores concluíram que os níveis de satisfação com a vida eram superiores em países em que os seus habitantes apresentavam um maior número de anos de escolaridade.

No que concerne à religião, de um modo geral, os estudos demonstram que os indivíduos religiosos têm, em média, valores superiores de bem-estar subjetivo (e.g., Ardel, 1998).

2003), e que a religião apresenta relações positivas com a saúde mental (e.g., Hackney & Sanders, 2003; Koenig & Larson, 2001). Apesar dos benefícios sociais, interpessoais e intrapessoais, os resultados parecem mais controversos ou mesmo inconclusivos, no que respeita ao estudo dos efeitos da religião no bem-estar subjetivo, na população idosa (Ardelt, 2003).

De acordo com Ardel (2003), a maioria dos estudos realizados sobre a relação entre a religião e o bem-estar subjetivo privilegia as culturas ocidentais, onde o Cristianismo predomina. No entanto, Chang (2009), ao analisar a relação entre a participação religiosa e o bem-estar subjetivo numa cultura oriental, nomeadamente com uma amostra da Tailândia, os resultados demonstraram que existe uma relação positiva entre a participação religiosa e a felicidade, bem como os domínios de satisfação relação interpessoal, saúde, e no casamento.

Não obstante, e de acordo com Diener, Tay, e Myers (2011), assiste-se nos últimos anos a uma queda acentuada nas nações com maior liberdade social e económica, a desistência da participação nas questões religiosas. Os investigadores questionaram “porque é que as pessoas deixam a religião se isso as torna mais felizes?” (pp., 1278). É certo que, o balanço dos estudos que documentam a associação entre a religião e o bem-estar subjetivo favoreça os indivíduos religiosos como aqueles que, em média, apresentam valores superiores de bem-estar subjetivo, no entanto, os resultados do estudo indicam que esta associação entre religião e bem-estar subjetivo é mediada pelo apoio social, pelo sentimento do respeito e pelo propósito de vida. Mais, esta relação e mediação é potenciada em países com condições de vida deficitárias (e.g, fome; baixa esperança média de vida), que apresentava maior propensão para a religiosidade. Isto é, a religião nestas nações mais pobres funcionava como uma espécie de escudo, que se associava a um maior suporte social, a um maior respeito pelo outro, e a um maior sentido de vida – válido para as três componentes do bem-estar subjetivo - e que influenciava positivamente os valores de bem-estar subjetivo. Esta questão do escudo protetor da religião foi tida em conta por Hoverd e Sibley (2013). Os investigadores realizaram um estudo que pretendia compreender os efeitos protetores da afiliação religiosa no bem-estar subjetivo, em bairros empobrecidos. Os resultados demonstraram que, os indivíduos do mesmo bairro com afiliação religiosa, diferiam, significativamente, nos valores de bem-estar subjetivo quando comparados com indivíduos sem afiliação religiosa – isto é, os indivíduos com afiliação religiosa apresentavam valores superiores de bem-estar subjetivo do que aqueles sem afiliação

religiosa, o que enfatiza a importância da religião no empobrecimento (Hoverd & Sibley, 2013).

Numa tentativa de revisão dos estudos que relacionam rendimento e bem-estar subjetivo, verificou-se que, desde muito cedo, os investigadores confirmam correlação positiva entre estas duas variáveis (e.g., Diener, 1984; Diener *et al.*, 1985). Assumindo esta correlação, estes estudos iniciais partiram, posteriormente, para o debate entre o rendimento absoluto e o rendimento relativo, na tentativa de explicação da relação entre o rendimento e o bem-estar subjetivo. A este propósito, Diener, Sandvik, Seidlitz, e Diener (1993) realizaram dois estudos que pretendiam clarificar o papel do argumento absoluto e do argumento relativo. Para a sua concretização, no primeiro estudo, reuniram 18 032 estudos realizados em 39 países; no segundo, num registo longitudinal, recolheram dados de uma amostra de 4 942 adultos americanos. Os resultados desses dois estudos demonstraram que, existia uma correlação significativa entre o rendimento e o bem-estar subjetivo para a amostra nacional americana e para a amostra entre países. No entanto, não encontraram diferenças significativas entre o rendimento relativo. Segundo os resultados encontrados pelos investigadores, as flutuações do rendimento não produzem efeitos além do que o nível de rendimento já produz por si próprio; nos grupos com menor escolaridade e nos grupos com rendimentos mais baixos dos Estados Unidos, não houve relação entre determinados níveis de rendimento e a felicidade; da mesma forma que, nos bairros mais ricos e mais pobres, o rendimento produzia níveis semelhantes de felicidade; a par disto, nos níveis de rendimento superiores, a variável rendimento produzia aumentos inferiores de bem-estar subjetivo – este resultado era válido para as avaliações feitas na amostra americana, mas não se verificou na amostra entre países (Diener *et al.*, 1993).

As diferenças entre países parece suscitar interesse dos investigadores. De um modo geral, os ricos são mais felizes comparativamente à média da população. Já o estudo de Diener e Diener (1995) mostrava que o rendimento foi preditor da satisfação com a vida nos países pobres, que segundo Argyle (1999) é explicado pelo padrão de vida elevado dos ricos, que proporciona melhor alimentação, melhores condições habitacionais, de transporte, de educação, entre outros. O mesmo estudo de Diener e Diener (1995) referia diferenças significativas entre os países ricos e os países pobres, no entanto, estas diferenças interagem, ou eram explicadas, por outras variáveis (e.g., justiça social) (Diener & Diener, 1995).

Nos últimos anos tem-se assistido a uma mudança no paradigma da distribuição social do rendimento, caracterizado pela desigualdade nas classes sociais. Neste sentido, Oishi, Kesebir, e Diener (2011) procuraram estudar o papel da desigualdade do rendimento no bem-estar subjetivo, num estudo longitudinal que recolheu dados de 1972 a 2008, numa amostra americana. Os investigadores verificaram que, de facto, os americanos eram, em média, mais felizes em anos com menor desigualdade no rendimento, comparativamente aos anos com maior desigualdade. Segundo os mesmos investigadores, esta relação inversa entre desigualdade de rendimento e felicidade, foi explicada pelas variáveis de equidade percebida e confiança geral, isto é, nos anos com maior desigualdade no rendimento, os indivíduos confiavam menos nos outros e consideravam as pessoas menos justas. No entanto, importa referir que, esta associação negativa foi válida para respondentes com baixo rendimento, mas não para indivíduos com elevado rendimento.

Atualmente, os elevados custos de vida, e o desemprego provocado por esta crise financeira que atinge vários países, bem como o clima de incerteza, tornam relevante o papel da questão monetária no bem-estar subjetivo. A este propósito, Sengupta, Osbourne, Houkamau, Hoverd, Wilson, Greaves, e colegas (2012), analisaram a relação entre o rendimento familiar e quatro indicadores de bem-estar: satisfação com a vida; felicidade; *stress* e cumprimento de necessidades básicas, numa amostra de Neozelandeses. Os resultados demonstraram que, primeiramente, o rendimento familiar apresentava uma associação mais forte com a avaliação subjetiva que os indivíduos faziam da sua própria vida, comparativamente à avaliação da sua felicidade. Os resultados mostravam, ainda, uma forte associação entre rendimento familiar e bem-estar subjetivo para indivíduos que ganhavam abaixo da mediana. Mais, controlando as variáveis demográficas, o rendimento familiar correlacionava-se negativamente com o *stress* diário. O cumprimento das necessidades diárias reporta-se, fundamentalmente, à literatura que refere que a pobreza enfraquece a felicidade (e.g., Inglehart & Klingemann, 2000) – neste sentido, o dinheiro que ganhamos tem um impacto direto na satisfação das necessidades básicas, e por isso, existem estudos que referem valores correlacionais diferentes para as diferentes nações. A título de exemplo, Biswas-Diener e Diener (2001), num estudo correlacional entre o rendimento e a felicidade, verificaram valores superiores para as favelas de Calcutá, quando comparadas com os Estados Unidos. Relativamente aos resultados do estudo de Sengupta e colegas (2012), os resultados demonstraram que a relação entre o rendimento e as múltiplas componentes do bem-estar subjetivo eram mediadas pela capacidade percebida em

corresponder às necessidades da vida quotidiana. Este mediador explicava cerca de 55-60% da associação entre o rendimento e a felicidade e qualidade de vida

A título de curiosidade, e para concluir, Kahneman e Deaton (2010) verificaram que, muito embora receber um salário estivesse relacionado com valores superiores de satisfação com a vida, essa associação era atenuada no que diz respeito ao bem-estar emocional, sugerindo que a relação entre o rendimento e o bem-estar depende do tipo de bem-estar a ser estudado; a par disto, verificaram ainda que, quando um indivíduo atingia um determinado nível de rendimento, não tinha efeito na felicidade, o que sugere que a associação entre rendimento e bem-estar subjetivo depende do nível de rendimento que se estuda.

No que concerne à conjugalidade, e contrariamente a outras variáveis, a conjugalidade e a sua relação com o bem-estar é consensual na literatura, pelos resultados consistentes, que apontam para valores de felicidade superiores para pessoas casadas, quando comparadas com solteiros, divorciados ou viúvos (e.g., Diener *et al.*, 2000; Lucas *et al.*, 2003; Lucas, 2005). De facto, as relações sociais têm um papel fundamental no bem-estar subjetivo, uma vez que tendemos a expressar maior afeto positivo quando interagimos socialmente com os outros (Diener & Biswas-Diener, 2008). Neste sentido, o bem-estar subjetivo aumenta através, por exemplo, do casamento (Helliwell, Barrington-Leight, Harris, & Huang, 2010), sendo que os casados têm níveis superiores de bem-estar subjetivo do que os não casados (e.g., Diener *et al.*, 2000), no entanto, os estudos longitudinais indicam que depois do casamento, os casados tendem a voltar aos seus níveis anteriores de bem-estar subjetivo (e.g., Lucas *et al.*, 2003), como explica a teoria de Brickman e Campbell (1971).

Myers (1999) aponta duas razões fundamentais a relação positiva e significativa entre o casamento e o bem-estar subjetivo. Para o investigador, a primeira razão explica-se pela possibilidade do casamento na atribuição de papéis sociais importantes, como o papel de esposo(a) e pai/mãe – muito embora assumir estes múltiplos papéis seja uma tarefa stressante, as recompensas que advêm destes papéis são vividas de uma forma muito positiva, potenciando a autoestima. A segunda, o investigador refere, que o casamento possibilita uma tendência para o casado usufruir de uma relação íntima, duradoura e de apoio, e sofrer menos solidão (Myers, 1999). Se assumimos como verdadeiros os benefícios do casamento, eles são percebidos de forma diferente pelo homem e pela mulher. A

título de exemplo, Chipperfield e Havers (2001), realizaram um estudo longitudinal com indivíduos com flutuações no casamento, e com indivíduos em que o casamento se manteve estável, por um período de sete anos, de 1983 a 1990. Na comparação entre homens e mulheres com um casamento estável, a satisfação com a vida das mulheres reduziam, e a dos homens manteve-se constante.

Muito embora a comunidade científica confirme o consenso na relação entre conjugalidade e bem-estar subjetivo, algumas evidências emergem acerca da relação de causalidade destas variáveis. Se é verdade que o casamento produz uma alteração positiva nos níveis de bem-estar subjetivo, há investigadores que defendem uma relação bidirecional entre estas variáveis (e.g., Lucas *et al.*, 2003; Stutzer & Frey, 2006). Exemplificando, Stutzer e Frey (2006) realizaram um estudo longitudinal num período de 17 anos, intitulado de «Será que o casamento torna as pessoas felizes, ou as pessoas felizes é que se casam?». Os resultados demonstraram que os indivíduos mais felizes enquanto solteiros tinham uma propensão maior para casar, o que justifica a relação bidirecional. O nível educacional e a divisão de tarefas ditaram diferenças significativas entre os casais, corroborando o que foi afirmado anteriormente. Mais especificamente, a divisão das tarefas domésticas contribuiu para o bem-estar do casal, especialmente em mulheres jovens com uma família para criar; as diferenças no nível educacional correlacionaram-se negativamente com a satisfação com a vida.

O divórcio não parece afetar o bem-estar subjetivo a longo prazo (e.g., Lucas *et al.*, 2003), no entanto, a perda do esposo/a parece ter um impacto negativo no bem-estar subjetivo, mesmo a longo prazo (e.g., Lucas, *et al.*, 2003; Stutzer & Frey, 2006).

A par disto, a cultura parece ser um fator mediador nesta relação, sendo que o casamento tem um estatuto diferente em diferentes sociedades, especialmente quando se aborda a questão da coabitação (Diener *et al.*, 1999).

Relativamente ao emprego, os estudos que analisam relação entre o emprego e o bem-estar subjetivo são compreendidos à luz do desemprego. De acordo com Argyle (1999), o trabalho relaciona-se com o bem-estar subjetivo pelos benefícios positivos nas relações sociais, pela possibilidade de motivar para a vida, e pela ajuda que dá ao indivíduo no sentido de estabelecer uma identidade pessoal. O emprego relaciona-se com a satisfação com a vida (e.g., Argyle, 1999; Rode, 2004), com o afeto positivo, com a autoestima, a saúde, entre outros (e.g., Argyle, 1999). Contrariamente, o desemprego associa-se a uma

menor satisfação com a vida (e.g., Kassenboehmer & Haisken-DeNew, 2009), bem como níveis superiores de perturbação psicológica e suicídio (e.g., Blakely, Collings, & Atkinson, 2003). O desemprego tem-se mostrado uma variável que apresenta um impacto negativo no bem-estar subjetivo do indivíduo, mesmo depois do choque inicial, e mesmo depois de voltarem a serem empregados (Clark, 2009), contrariando o argumento da adaptação hedónica, uma vez que os estudos referem que os indivíduos recuperam, mas nunca retornam aos valores iniciais de bem-estar subjetivo (Lucas *et al.*, 2004). Os resultados do estudo de Clark (2009) alertam, ainda, para a insignificância da durabilidade do desemprego – isto significa que, por muito curto que o período de desemprego seja, verificam-se alterações significativas de bem-estar. Muito embora esta relação não seja mediada pela cultura, em termos comparativos, as diferenças significativas no bem-estar acentuam-se em países economicamente deprimidos (Clark, 2009).

Não obstante, a relação entre desemprego é mediada pelo suporte social, rendimento e suporte familiar, bem como a escolaridade – estas variáveis constituem-se como variáveis protetoras (Argyle, 1999).

A par das variáveis sócio-demográficas, os estudos referem-se, igualmente, à cultura e à saúde, pela relação que estabelecem com o bem-estar

1.3.5.2. Cultura

A preocupação em compreender o que torna as pessoas felizes estendeu-se às diferentes culturas (Diener *et al.*, 2002). Vários estudos que relacionavam a cultura e o bem-estar subjetivo demonstram diferentes médias de bem-estar entre as nações (e.g., Inglehart & Klingemann, 2000; Diener & Suh, 2000; Diener *et al.*, 2003). A par disso, as culturas apresentam diferentes diferenças no que diz respeito aos correlatos de bem-estar subjetivo. Exemplificando, Diener e colegas (1995), das 55 nações analisadas, encontraram diferenças significativas entre o bem-estar subjetivo, especialmente no que diz respeito ao rendimento, sugerindo a importância desta variável na relação com os níveis de bem-estar subjetivo. A par deste estudo, outros estudos têm sugerido que as nações economicamente prósperas apresentam diferenças significativas para outras nações mais pobres, como já foi explanado anteriormente (e.g., Biswas-Diener & Diener, 2001). As variáveis sociodemográficas parecem desempenhar um papel importante na compreensão destas diferenças entre nações – o casamento surge como uma variável importante, bem como a coabitação (e.g., Diener *et al.*, 2000), em que as diferenças emergem entre nações individualistas e coletivistas (Diener

et al., 1995). Diener e colegas (1995) justificam ainda que existem fatores universais que promovem a variabilidade dos valores de bem-estar subjetivo entre as nações, tais como a posição do governo face às opções políticas (e.g., democracia), o respeito pelos direitos humanos, e a esperança média de vida. Ainda assim, podemos observar diferenças culturais ao nível da autoestima, um forte preditor de bem-estar subjetivo em culturas individualistas, mas não em culturas coletivistas (Diener & Diener, 1995). A componente afetiva do bem-estar subjetivo também é motivo de discórdia nas várias nações – a título de curiosidade, Eid e Diener (2001) que o orgulho era a emoção privilegiada nas nações mais individualistas, e que a culpa tinha grande importância nas nações mais coletivistas.

Concluindo, a cultura pode moderar as variáveis que apresentam uma relação significativa com o bem-estar subjetivo.

1.3.5.3. Saúde

A relação entre a saúde, física ou mental, e os processos psicológicos, não é recente, no entanto, e pelas palavras de Diener e Scollon (2004), os investigadores têm privilegiado a vertente negativa dessa relação, procurando compreender a relação entre a perturbação psicológica e a doença física. O trabalho pioneiro de Jahoda (1958) desbravou o terreno na tentativa de conceber estados positivos como critério dentro da saúde mental, e reformando o conceito que incluía a simples ausência de doença mental. A autora definiu seis indicadores, que muito embora se sobreponham, justificam a mudança do paradigma da interpretação da saúde mental: (a) atitudes do indivíduo em relação a si próprio, o que significa que diferentes maneiras do indivíduo se perceberem refletem diferentes graus de saúde; (b) o tipo e grau de crescimento, desenvolvimento, e realização pessoal são expressões de saúde mental – reporta-se à capacidade do indivíduo em melhorar-se durante um período de tempo; (c) integração, dos critérios (a) e (b), ou seja, refere-se a todos os processos psíquicos que se relacionam com o indivíduo, que formam um equilíbrio entre eles e representam uma perspetiva unificadora sobre a vida; (d) autonomia, que representa o nível de independência das influências sociais; (e) adequação do indivíduo face à perceção da realidade; (f) por último, domínio do ambiente, que se relaciona com os processos interpessoais e de adaptação. Estes critérios assentavam na ideia de “a promoção da saúde mental como um estado positivo, ao invés da cura da doença mental, ou a sua prevenção” (Jahoda, 1958, pp. X). Concluindo, e por outras palavras, a saúde mental deve ser

representada pela prevalência de sentimentos positivos sobre os sentimentos negativos (Diener & Scollon, 2004).

Mais recentemente, e com a atenção voltada para os estados positivos, foi possível ser discutido o papel da saúde física e mental no bem-estar subjetivo. Os estudos têm demonstrado que os indivíduos com doença mental (e.g., perturbação de personalidade, depressão) tendem a apresentar valores de satisfação com a vida menores, maior intensidade da expressão de emoções negativas e menor intensidade na expressão de emoções positivas (e.g., Friedman *et al.*, 2010; Guney *et al.*, 2010).

A propósito da relação entre o bem-estar subjetivo e a saúde mental, e a título de curiosidade, Diener e Seligman (2002) analisaram os fatores que parecem relacionar-se com a felicidade, como explicam os estudos correlacionais (e.g., Wilson, 1967), e compararam como é que os sujeitos mais felizes, medianamente felizes e infelizes se posicionam nesses fatores (e.g., personalidade, psicopatologia). Ao analisar os indivíduos mais felizes na relação da saúde mental com o bem-estar subjetivo, os investigadores verificaram que estes indivíduos categorizados como os mais felizes não pontuaram em nenhuma das escalas de psicopatologia do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) (e.g., depressão, esquizofrenia) (Diener & Seligman, 2002). Os resultados deste estudo apontam para uma incompatibilidade entre doença mental e bem-estar subjetivo ou felicidade. Algumas perturbações do humor são facilmente descritas na literatura como incompatíveis com a felicidade (e.g., Mariño, Sanjúan, Haro, Diéz, & Ballesteros, 2011; Pinqart, & Sörensen, 2004) – no entanto, a relação entre doença mental e bem-estar subjetivo pode não ser tão linear, como é o caso da esquizofrenia, em que outras variáveis parecem intermediar a relação (Karamatskos, Mulert, Lambert, & Naber, 2012).

A par da saúde mental, a saúde física parece importar na relação que estabelece com o bem-estar subjetivo. Os estudos que relacionam estas duas variáveis focam-se, essencialmente, na compreensão da relação de causalidade entre elas, isto é, se um elevado bem-estar subjetivo promove uma melhor saúde, ou se a saúde era responsável por um elevado bem-estar subjetivo (e.g., Gana, Bailly, Saada, Joulain, Trouillet, Hervé, & Alaphilippe, 2013; Grant, Wardle, & Septoe, 2009) – apesar do esforço em compreender se o bem-estar subjetivo é uma causa (topo-base) ou um efeito (base-topo), os resultados dos estudos permanecem controversos. Parece ser aceita uma relação bidirecional entre as duas variáveis. Justificando, Grant e colegas (2009), realizaram um estudo que pretendia analisar a relação entre a satisfação com a vida e alguns comportamentos de saúde em jovens

adultos. Os resultados demonstraram que a satisfação com a vida relacionava-se com não fumar, praticar exercício físico, usar protetor solar, ingerir frutas, e uma ingestão de gordura limitada. Mais ainda, a relação entre a satisfação com a vida e os comportamentos de saúde era independente das crenças acerca dos benefícios para a saúde da adoção de determinados comportamentos. Estes resultados demonstram que a associação entre a satisfação com a vida e os comportamentos de saúde é bidirecional (Grant *et al.*, 2009). Mais recentemente, e num estudo longitudinal, Gana e colegas (2013) analisaram a relação entre a satisfação com a vida e a saúde física, numa amostra de idosos. Os resultados demonstraram que uma saúde menos boa prediz níveis inferiores de satisfação com a vida, no entanto, a satisfação com a vida não predizia os níveis de saúde. A justificação para estes dados que contradizem os postulados da psicologia positiva no que diz respeito aos efeitos topo-base, parecem ser explicados pela amostra idosa, como justificam os investigadores (Gana, Bailly, Saada, Joulain, Trouillet, Hervé. & Alaphilippe, 2013).

Staudinger, Fleeso e Baltes (1999) tentaram prever a saúde física subjetiva e o bem-estar subjetivo global de acordo com as características socioculturais, os traços de personalidade e os indicadores de autorregulação de dois países distintos – os Estados Unidos da América e a Alemanha. Os resultados demonstraram que a autorregulação foi o preditor mais forte para a saúde física subjetiva, enquanto os traços de personalidade foram preditores de bem-estar subjetivo global. Neste estudo, nos indicadores de autorregulação foram tidos em conta o investimento pessoal na vida pessoal, que se caracteriza pelo esforço que o indivíduo investe nos vários domínios da vida, como a saúde, (Staudinger & Fleeson, 1996 cit. *in* Staudinger, Fleeso, & Baltes, 1999; Staudinger, Freund, Linden & Mass, 1999, cit. *in* Staudinger, Fleeso, & Baltes, 1999), e o auto-controlo psicológico, que se caracteriza pelo controlo que o indivíduo acredita ter sobre o que está a acontecer nos domínios da vida, como a saúde.

Mais recentemente, e no que se refere à saúde em geral, Diener e Chan (2011) realizaram um estudo de revisão da literatura da relação dos estudos que se referem à relação entre bem-estar subjetivo e saúde e longevidade. Muito embora referem algumas limitações para os estudos que relacionam estas variáveis, os investigadores designam sete pontos de convergência entre esses estudos embasados pelo suporte de diversas metodologias científicas: (a) os estudos longitudinais de longo-termo, os valores iniciais de bem-estar subjetivo relacionaram-se, posteriormente, com a saúde e a longevidade – controlando a *baseline* para a saúde e controlando o estatuto socioeconómico, a relação

entre as variáveis tende a ser mais forte; (b) os estudos que procuram compreender os processos fisiológicos que afetam a saúde e longevidade, na sua relação com o bem-estar subjetivo, bem como os estudos que demonstram que as mudanças no bem-estar subjetivo têm impacto nos valores das medidas fisiológicas; (c) estudos em que as emoções e os estados de humor foram experimentalmente manipulados, e o impacto nas medidas fisiológicas que, posteriormente, se relacionavam com a saúde; (d) estudos animais, em que por exemplo, se apresentavam condições ambientais facilitadoras de *stresse*, produziam um impacto negativo na saúde; (e) estudos quase-experimentais que indicam que os eventos emocionais e os desastres associavam-se negativamente à saúde; (f) estudos de intervenção, em que os tratamentos administrados se relacionavam com o bem-estar subjetivo a longo termo; (g) estudos que demonstram como os fatores relativos à qualidade de vida, como o dor e a mobilidade se relacionam com o bem-estar subjetivo.

Segundo os investigadores, uma panóplia de estudos têm demonstrado o poder preditivo do bem-estar subjetivo relativamente à saúde e à longevidade (Diener & Chan, 2011), inclusive estudos com grandes amostras, avaliadas de forma longitudinal (e.g., Howell, Kern, & Lyubomirsky, 2007; Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). A título exemplar, Lyubomirsky e colegas (2005) realizaram um estudo meta-analítico, onde os resultados demonstravam diferenças em termos de saúde nos indivíduos com baixo bem-estar subjetivo e elevado bem-estar subjetivo. No que diz respeito à longevidade, Howell e colegas (2007) fizeram uma revisão da literatura a 150 estudos que procuraram verificar o impacto do bem-estar subjetivo na saúde. Os resultados dos estudos experimentais demonstraram que as induções de bem-estar proporcionavam um funcionamento saudável, e as induções de mal-estar conduziam a um comprometimento da saúde, indicando, desta forma, que o efeito do bem-estar subjetivo na saúde não se deve apenas ao impacto que o mal-estar tem na saúde, mas também a capacidade do bem-estar proporcionar um impacto positivo na saúde. Já Rugulies (2002) examinou 11 estudos de meta-análise e verificou que a depressão previa doenças cardiovasculares em população saudável.

Da mesma forma, Chida e Steptoe (2008) fizeram uma revisão dos estudos de diferentes metodologias que analisaram a associação entre do bem-estar psicológico positivo e a mortalidade. Os estudos meta-analíticos demonstraram que o bem-estar psicológico positivo estava associado a uma redução na mortalidade, quer em populações saudáveis, quer em populações doentes, independentemente do afeto negativo. O afeto positivo (e.g., bem-estar emocional, felicidade, alegria, energia), bem como características

como a satisfação com a vida, o otimismo, estavam associadas com o risco reduzido de mortalidade em populações saudáveis. Mais, o bem-estar psicológico positivo estava significativamente associado com risco reduzido de mortalidade por complicações cardiovasculares em populações saudáveis.

Pressman e Cohen (2005) fizeram uma revisão da literatura que salientava que o afeto positivo se encontrava associado à saúde física e à longevidade em populações normais, no entanto, os resultados parecem controversos em populações com doenças. Mais ainda, os investigadores descrevem uma associação entre o afeto positivo e baixa morbidade e entre o afeto positivo e a diminuição da sintomatologia.

Estas questões da saúde e da doença e a sua relação com o bem-estar subjetivo parecem ainda inconclusivas, sendo que ainda continua por responder se o bem-estar subjetivo pode melhorar a capacidade de sobrevivência de um indivíduo que já possua doença, como demonstra a revisão de literatura de Pressman e Cohen (2005). Segundo o mesmo estudo, o que parece ditar as vantagens do afeto positivo em indivíduos que já possuam doença prende-se com o prognóstico de sobrevivência, isto é, indivíduos em que o prognóstico de sobrevivência seja maior, o afeto positivo é benéfico em termos de saúde. No que diz respeito ao afeto negativo, a revisão de estudos longitudinais de Suls e Bunde (2005) concluíram que o afeto negativo desempenham um papel importante nas doenças cardiovasculares. Os investigadores identificaram três disposições afetivas – depressão, ansiedade e hostilidade – como fatores de risco no desenvolvimento de doenças cardíacas, no entanto referem que as conclusões dos estudos apontam para o afeto negativo geral como principal causa, ao invés de um afeto negativo específico.

Veenhoven (2008) fez uma revisão de 30 estudos de *follow-up* acerca da relação entre felicidade e a saúde. O investigador refere que, apesar dos resultados inconclusivos, a felicidade não prediz a longevidade em populações doentes, no entanto, os resultados parecem significativos nas populações saudáveis – isto significa que, a felicidade tem um efeito na longevidade em populações saudáveis, e por este motivo, deverá ser considerado com um fator protetor (Veenhoven, 2008). A revisão dos estudos permitiu, ainda, ao investigador concluir que, a relação de causalidade entre a felicidade e a saúde é inconclusiva. A este propósito, Hawkins e Booth (2005) estudaram durante 12 anos casais e encontraram uma relação entre os valores iniciais de saúde e a posterior felicidade; os investigadores concluíram ainda que havia um efeito inverso nesta relação, isto é, os níveis iniciais de felicidade tinham um impacto posterior na saúde. Os resultados deste estudo

apontam para uma relação de bidirecional entre as duas variáveis. Apesar da dificuldade em encontrar efeitos significativos em populações doentes, Scheier, Matthews Owens, Magovern, Lefebvre, e Carver (1989) verificaram que a recuperação pós-cirúrgica, em pacientes com *bypass* coronário, era mais rápida em indivíduos otimistas, bem como o retorno às atividades diárias, já fora do regime de internamento. Mais recentemente, alguns estudos longitudinais verificaram esta relação entre bem-estar subjetivo e doença (e.g., Brummett, Boyle, Kuhn, Siegler, & Williams, 2008; Collins, Goldmán, & Rodríguez, 2008; Davidson, Mostofsky, & Whang, 2010). Os resultados destes estudos demonstram, consistentemente, que o bem-estar subjetivo é preditor de doença, especialmente, na doença cardiovascular, onde o impacto é maior. De facto, a componente afetiva do bem-estar subjetivo é frequentemente associada a estas questões da saúde e da doença. A título de exemplo, Steptoe, Wardle, e Marmot (2005) verificaram que o afeto positivo associava-se a uma redução na atividade neuroendocrina, cardiovascular e inflamatória, tanto em homens de meia-idade e mulheres e meia-idade. Ainda na mesma perspetiva, Howell e colegas (2007), verificaram que o afeto negativo, que resultava, essencialmente, do stresse, da ansiedade, e da depressão, associava-se com alterações perigosas no sistema cardiovascular.

Na mesma linha de resultados, Benyamini, Leventhal, e Leventhal (1999) encontraram uma relação significativa entre felicidade e saúde, independente da idade, do género, do estatuto socioeconómico e da personalidade.

Concluindo, e ainda sobre Veenhoven (2008), que refletiu acerca da implicação da relação entre felicidade e saúde, os estudos supramencionados e os resultados encontrados possibilitam a inclusão de novas vias promotoras de saúde, especialmente as políticas de saúde pública preventivas, o que significa que existe a possibilidade de “tornar as pessoas saudáveis, ao torná-las mais felizes” (pp. 459). Eventualmente, é possível ampliar as opções interventivas, bem como expandir os conceitos ideológicos da promoção de saúde.

1.3.5.3.1. Alimentação

De acordo com a revisão da literatura de Veenhoven (2008), existem diversos estudos que procuram compreender os efeitos da nutrição na saúde física, no entanto, ainda existe pouca literatura acerca dos efeitos da dieta na felicidade. De acordo os resultados do estudo de Aaksten (1972, cit. *in* Veenhoven, 2008), não havia relação entre a ingestão de alimentos pouco saudáveis, como os açúcares e os hidratos de carbono, e a felicidade, nem

na ingestão de alimentos saudáveis, como a fruta, na felicidade, indicando que a felicidade era independente da ingestão alimentar. No entanto, os paradigmas de beleza e saúde sofreram modificações colossais, mudando a perspectiva social sobre a ingestão alimentar. Mais tarde, Ventegodt (1995, cit. in Veenhoven, 2008), verificou que os indivíduos que ingeriam, frequentemente, *fast-food* tendiam a ser menos felizes. O mesmo estudo verificou que a pré-obesidade não produzia efeitos negativos na felicidade – contrariamente, o investigador verificou que indivíduos com IMC entre 25 e 30 eram mais felizes.

Alguns estudos têm relacionado a alimentação e o bem-estar subjetivo. Neste sentido, Schnettler, Denegri, Miranda, Sepúlveda, Orellana, Paiva, e colegas (2013) realizaram um estudo que pretendia distinguir os tipos de alimentação dentro, de acordo com a satisfação com a vida, com a satisfação com a alimentação, procurando identificar aspetos associados à saúde e às características demográficas. Os resultados permitiram concluir a vivência com os pais em estudantes universitários associa-se a hábitos alimentares mais saudáveis, a uma menor saúde emocional e a uma baixa autopercepção de saúde. A par disso, a vivência com os pais associa-se a uma prevalência mais baixa de obesidade e a uma maior satisfação com a vida alimentar.

Na mesma linha de estudos, Greeno, Jackson, Williams, e Fortmann (1998) realizaram um estudo que pretendia testar se o excesso de peso, a percepção de perda de controlo sobre episódios de compulsão alimentar, ou ambas, contribuía para os níveis de satisfação com a vida em homens e mulheres, numa amostra não clínica e aleatória de adultos. Mais especificamente, procuraram compreender os efeitos do IMC e percepção de perda de controlo sobre episódios de compulsão alimentar, na satisfação com a vida. No caso das mulheres, tanto a perda de controlo sobre o episódio alimentar, bem como um elevado IMC associava-se a uma menor satisfação com a vida. Para os homens, o IMC não se relacionava com uma menor satisfação com a vida. Mais ainda, e para a amostra total, a associação da satisfação com a vida e o IMC era independente da percepção de controlo sobre o episódio de compulsão alimentar.

Concluindo, e segundo Diener e Fujita (1997), “o bem-estar subjetivo é importante para a área da saúde, não só porque é uma componente integrante da saúde mental mas também porque a satisfação com a saúde física é uma componente de bem-estar subjetivo” (pp. 329).

1.4. Florescimento

O bem-estar subjetivo é um constructo válido para avaliar o bem-estar. Em adição a este, outras teorias emergiram sob o signo de uma nova forma de avaliar o bem-estar, tal como a teoria Ryff (1989) ou a teoria de Ryan e Deci (2000), designadas de bem-estar psicológico, que se baseiam nas teorias humanistas acerca do funcionamento psicológico. O bem-estar psicológico distingue-se, essencialmente, do bem-estar subjetivo por se interessar pelo que designam de funcionamento ótimo humano (Diener *et al.*, 2009). Sob o signo do bem-estar psicológico, e na mudança de paradigma da saúde mental, que abandonou a ideia de mera ausência de doença mental, alguns teóricos procuraram adaptar e compreender os conceitos da psicologia positiva à saúde mental. É neste contexto que surge o florescimento que, na tentativa de contribuir para uma avaliação mais completa do bem-estar, define-se, sucintamente, como a experiência positiva da vida, que combina o sentir-se bem com o funcionamento ótimo (Huppert & So, 2013). Por outras palavras, o florescimento é sinónimo de elevado bem-estar mental e, desta forma, é sinónimo de saúde mental (Huppert, 2009a, b; Keyes, 2002; Ryff & Singer, 1998). Esta perspetiva é partilhada por Keyes, Dhingra, e Simões (2010), que referem-se à saúde mental como florescimento.

Importa referir que, segundo Huppert e So (2013), o “sentir-se bem” (pp. 838), engloba não apenas as emoções positivas, como a felicidade e a alegria, mas também o interesse, o envolvimento, a confiança e o afeto; o conceito de funcionamento ótimo diz respeito ao desenvolvimento do potencial de cada um de nós, ao controlo que temos sobre a nossa própria vida, bem como a capacidade para atribuir e manter significado na nossa vida, e ao envolvimento em relações positivas. É nesta perspetiva e Huppert e So (2013) referem que o florescimento deve incluir aspetos hedónicos e eudaimónicos, isto é “sentir-se bem e funcionar efetivamente” (pp. 838).

Este interesse recente na saúde mental associado ao bem-estar, e potenciado pela revisão da OMS ao seu conceito, é explicado por Huppert (2009a), que refere quatro razões fundamentais: (a), o reconhecimento que o bem-estar e a saúde não são meramente a ausência de doença, e por isso deve ser estudado de forma distinta dele; (b), a necessidade de diferenciar as abordagens que potenciam o bem-estar, isto é, quais as que tratam a doença mental, quais as previnem o aparecimento de doença mental, e quais potenciam o bem-estar, isto é, que abordagens permitem ao indivíduo florescer; (c), a evidência que os facilitadores de bem-estar são distintos dos facilitadores de doença; (d), a forte possibilidade de possibilitar a redução da doença mental ao potenciar o florescimento das populações, invés de tratar ou prevenir a doença.

Huppert e So (2013) referiram a importância de identificar, caracterizar e compreender os indivíduos que estão a florescer, bem como as nações que apresentam níveis de florescimento maiores, de forma a permitir um ajustamento nas políticas de promoção de saúde. Não obstante, a diversidade de perspetivas empíricas, impossibilita a concordância sobre qual prevalece na investigação. Neste sentido, iremos apresentar algumas definições conceptuais que emergiram da tentativa de compreender o bem-estar. O trabalho inicial de Jahoda (1958), explorado com mais detalhe nos correlatos do bem-estar subjetivo, com especificidade na saúde, permitiu a edificação de outras teorias, fundamentadas essencialmente nos aspetos eudaimónicos, que dizem respeito apenas ao funcionamento ótimo, como a de Ryff (1989) que propôs seis dimensões psicológicas de bem-estar, isto é, a autonomia, domínio do meio, desenvolvimento pessoal, relações positivas, significado na vida e autoaceitação. Mais tarde, Ryan e Deci (2001) afirmaram que, através do suporte teórico fundamentado da teoria da autodeterminação, o bem-estar advém da satisfação de três necessidades psicológicas básicas: a autonomia, a competência e relação com os outros.

A par destes, algumas teorias de bem-estar apresentam a combinação de fatores hedónicos e eudaimónicos, isto é, combinam o “sentir-se bem” (Huppert & So, 2013, pp. 128) com o funcionamento ótimo, como exemplificado na proposta de Seligman (2011) acerca do bem-estar. De acordo com o investigador, o bem-estar apresenta cinco elementos mensuráveis, das quais nenhum deles, individualmente, representa o bem-estar, mas todos contribuem para ele. O investigador designou de PERMA, que incluem emoções positivas, envolvimento, relações positivas, significado, e concretização, que para ele contribuem: (a) emoções positivas (como a satisfação com a vida); (b) envolvimento; (c) relacionamentos positivos; (d) significado; (e) realização pessoal – estes cinco elementos são, para o investigador, aquilo que cada um de nós procura para si mesmo (Seligman, 2011). A perspetiva de Keyes (2002), é igualmente um bom exemplo da combinação de fatores hedónicos, eudaimónicos associados ao bem-estar psicológico, e ainda fatores do bem-estar social. Interessado no conceito da saúde mental, Keyes (2002) procurou operacionalizar o conceito como um “síndrome de sintomas positivos e funcionamento positivo na vida” (pp. 207). Nesta perspetiva de florescimento, ele designou um contínuo de saúde mental, que se posicionava desde a doença mental, aos indivíduos definhando, à saúde mental moderada, e na ponta oposta à doença mental estaria os indivíduos que floresciam (Keyes, 2002). Mais recentemente, Keyes (2005) propôs um modelo de diagnóstico de saúde mental (i.e.,

florescimento), baseado por dois critérios e 13 descrições de sintomas. Os dois critérios, já supracitados, estão implícitos nos conceitos de hedonia e eudaimonia – mais especificamente, para florescer, Keyes (2005) refere que no critério de hedonia, é necessário que o indivíduo apresentação elevada num destes dois sintomas: (a) afeto positivo nos últimos 30 dias ou (b) felicidade declarada e satisfação com a vida declarada, que significa sentir-se feliz e satisfeito com a vida em todos os domínios. No que diz respeito aos critérios eudaimónicos (i.e., ao funcionamento ótimo), Keyes (2005) refere que para o indivíduo florescer deve pontuar em seis ou mais dos seguintes sintomas: (c) autoaceitação, ou seja, o indivíduo tem atitudes positivas perante si mesmo, e perante o seu passado, aceitando-o, bem como os diferentes aspetos de si; (d) aceitação social, ou seja, o indivíduo tem uma atitude positiva perante os outros, aceitando as suas diferenças e idiosincrasias; (e) crescimento pessoal, ou seja, o indivíduo compreende o seu próprio potencial, explora a necessidade de crescimento, e mostra-se disponível a novas experiências; (f) atualização social, o indivíduo acredita que as pessoas, os grupos sociais, as sociedades têm potencial para crescer de forma positiva; (g) significado, o indivíduo apresenta determinados objetivos e crenças sobre o rumo da sua vida, e sente que isso dá-lhe um propósito de vida; (h) contribuição social, ou seja, o indivíduo sente que contribui, de alguma forma, para a sociedade, e que os resultados das suas ações são valorizadas ou têm importância para o outro; (i) domínio do meio, ou seja, o indivíduo possui a capacidade de flexibilizar e moldar a si o meio, de forma a servir as suas necessidades; (j) coerência social, ou seja, o indivíduo está interessado nas questões societais, e sente que a sociedade e a cultura são inteligíveis e significativas; (k) autonomia, ou seja, o indivíduo apresenta uma direção na vida guiada pelas suas convenções e pelo aquilo que ele acredita ser aceita socialmente, ao invés de ceder a pressões sociais com as quais não se identifica; (l) relações positivas com os outros, ou seja, o indivíduo rodeia-se de relações carinhosas, satisfatórias, de confiança, e tem capacidade de empatizar e sentir intimidade com os outros; (m) integração social, isto é, o indivíduo sente que pertence a uma comunidade, e que, conseqüentemente, lhe traz conforto e suporte. A teoria de Keyes (2005) sobre a saúde mental é bastante completa e fornece elementos essenciais na compreensão do bem-estar e do florescimento.

A par destes investigadores, e na tentativa de alargar o conhecimento do bem-estar subjetivo, Diener e colegas (2009; Diener *et al.*, 2010) aventuraram-se pelo florescimento, criando uma medida para avaliar este conceito. Inicialmente, a escala, que, segundo Diener e colegas (2009) surgiu da necessidade em ampliar a compreensão do bem-estar através de

uma escala breve e que incluísse outros aspetos de bem-estar, designou-se de escala de bem-estar psicológico. Estes aspetos do bem-estar de que Diener e colegas (2009) afirmam que não estavam representados em escalas anteriores são, essencialmente o “envolvimento e interesse” (Diener *et al.*, 2009, pp., 252), suportado por Csikszentmihalyi (1990), Seligman (2002) e o otimismo, suportado por Peterson e Seligman (2004) que reforçavam a ideia que ser otimista se associava a um funcionamento saudável. A par disto, a escala inicial incluía um item que se baseava nas necessidades humanas listadas por Maslow (1958 cit. *in* Diener *et al.*, 2009), o sentir-se respeitado, e ainda um item que dizia respeito ao à contribuição para o bem-estar dos outros, embasado pelos trabalhos de Brown, Nesse, Vinokur, e Smith (2003) e Dunn, Aknin, e Norton (2008). Suportado pelas teorias de Ryff (1989) e Deci e Ryan (2000), os investigadores ainda adicionaram itens que se reportavam aos constructos de significado, relações sociais positivas, autoestima, competência e domínio do meio. Resumindo, a escala para avaliar o florescimento, da perspectiva de Diener e colegas (2009; Diener *et al.*, 2010) propunha avaliar o significado, as relações gratificantes e de apoio, o envolvimento e interesse, a contribuição para o bem-estar dos outros, a competência, a autoaceitação, o otimismo, e o sentir-se respeitado. Concluindo, os investigadores proporcionaram a avaliação de aspetos psicossocial do funcionamento humano sucintamente, de acordo com o ponto de vista do participante que estivesse a responder à escala, que na sua versão final, designou-se de escala de florescimento (Diener *et al.*, 2010). Conceptualmente, os critérios de Diener e colegas (2010) aparentam relacionar-se com os estudos de bem-estar psicológico. De acordo com Silva e Caetano (2013), “combinar esta escala com outras escalas de bem-estar subjetivo poderá oferecer um melhor entendimento do fenómeno multidimensional que é o bem-estar” (pp. 470).

O reforço da necessidade de estudar o bem-estar subjetivo como um constructo multidimensional, anexando conceitos hedónicos e eudaimónicos, isto é, o florescimento, foi reforçado pelo estudo de Huppert e So (2013) realizado a 23 países. Os investigadores propuseram um quadro teórico que equacionava um elevado bem-estar a uma saúde mental positiva. Por outras palavras, os investigadores acreditam que o bem-estar se situa no extremo oposto das doenças mentais, e assumindo esta perspectiva, Huppert e So (2013) examinaram os critérios internacionais de algumas perturbações psicológicas (e.g., depressão) e definiram critérios opostos para o bem-estar, identificando dez características positivas de bem-estar, que incluem aspetos hedónicos e eudaimónicos: competência; estabilidade emocional; envolvimento; significado; otimismo; emoções positivas;

resiliência; autoestima; vitalidade. Os resultados, da aplicação desta definição conceptual de florescimento aos 23 países, permitiram verificar as diferenças culturais de florescimento entre os países. Os investigadores salientam ainda que, após a comparação com uma medida de satisfação com a vida, informação importante seria perdida se o bem-estar subjetivo fosse medido apenas com a satisfação com a vida, salientando a importância de incluir uma medida de florescimento (Huppert & So, 2013).

Não obstante da importância já explorada do florescimento na saúde mental, vários são os estudos que relacionam o florescimento e a saúde física. Os efeitos das emoções negativas na saúde são conhecidos (e.g., Friedman, Kern, & Reynolds, 2010; Guney, Kalafat, & Boysan, 2010), e, de uma forma geral, relacionam-se com a doença. O papel das emoções positivas e dos estados positivos na saúde física parecem ser igualmente importantes na equação do florescimento. De acordo com Huppert (2009a), as investigações nesta área, seja longitudinal ou experimental, revelam um efeito benéfico das emoções positivas na saúde física, e até mesmo com a própria sobrevivência. Exemplificando, Danner, Snowdon, e Friesen (2001) realizaram um estudo em freiras que haviam escrito uma pequena autobiografia quando entraram para o convento, ainda na casa dos 20 anos, e analisaram essa autobiografia de acordo com o número de afirmações positivas que continham essas autobiografias – os investigadores verificaram que, as freiras posicionadas na metade negativa da distribuição das afirmações positivas, morria em média, nove anos antes, do que as freiras categorizadas na outra metade positiva. Este resultado era independente do seu estilo de vida, já que quando ingressaram no convento, teriam vivido de forma similar às restantes pessoas da sua idade, o que reforça o papel das emoções positivas na longevidade (Danner *et al.*, 2001). Estes resultados são reforçados por outros estudos longitudinais que verificaram a importância do papel das emoções positivas na saúde física e na longevidade (e.g., Huppert & Whittington, 2003; Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001). Não obstante, é facto que estes estudos avaliam os estados emocionais dos participantes, mas não propuseram mudar esses estados (e.g., induzir emoções positivas), o que significa que, não é possível verificaram a direção causal entre os estados emocionais e os resultados obtidos. A este propósito, Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli, e colegas (2003) realizaram um estudo que consistia em usar uma intervenção baseada no *mindfulness*, que é um tipo de técnica em que é pedido ao sujeito focar-se a sua mente no presente, isto é, estar consciente dos seus pensamentos e ações, sem julgamentos (Davidson *et al.*, 2003). Os resultados deste estudo, que comparavam os grupos

submetidos a este tipo de intervenção com um grupo de controlo, demonstraram um aumento dos estados mentais positivos – estes estados positivos foram importantes quando mediram a produção de anticorpos contra a vacina da gripe. Os resultados demonstraram que o grupo de *mindfulness* produzia um número superior de anticorpos quando comparado com o grupo de controlo. A indução de emoções positivas parece benéfica ao nível da resposta cardiovascular ao *stress* – estas conclusões reportam-se ao estudo de Fredrickson, Mancuso, Branigan, e Tugade (2000). Os investigadores expuseram os participantes a uma tarefa indutora de ansiedade e depois procediam à visualização de um filme de conteúdo positivo, neutro e negativo. Os resultados do estudo demonstraram que os indivíduos que visualizaram o filme de conteúdo positivo recuperavam mais rapidamente o ritmo cardíaco do que os restantes. Este estudo enfatiza o papel das emoções positivas na redução das emoções negativas, no que diz respeito, pelo menos, ao sistema cardiovascular. Mais ainda, Lai, Evans, Ng, Chong, Siu, Chan, Ho, e colegas (2005), investigaram o efeito do afeto e do otimismo na secreção da hormona de cortisol, responsável pela mediação da resposta ao *stress*. Os resultados demonstraram que os participantes que pontuavam valores superiores no otimismo produziam menos secreção do cortisol, assim como o afeto positivo associava-se a níveis inferiores de cortisol.

Concluindo, o florescimento desempenha um papel importante na compreensão do bem-estar, quer ao nível mental ou físico, e acrescenta informação importante ao mesmo.

Capítulo 2. Excesso de Peso: Pré- Obesidade e Obesidade

1.1. Definição, Classificação e Caracterização

Considerada pela OMS como a epidemia do século XXI, a obesidade desafiou os paradigmas da saúde e da doença que existiam até então. A inevitabilidade da doença justificava o alerta, já que, uma vez que está associada a hábitos e comportamentos, a mudança era possível ser equacionada, e, dessa forma, alterar o curso da doença (WHO, 2000).

De acordo com a hipótese evolucionista sobre a obesidade, e segundo Tremblay e Douce (2000), o ser humano evoluiu condicionando a sua postura fisiológica para colher o que fosse mais próximo e mais calórico, de forma a poupar ao máximo a energia despendida para a obtenção de alimento. Desta perspectiva, alguns na hipótese evolucionista, o sedentarismo foi reforçado. Mais recentemente, a evolução da humanidade tem sugerido a hipótese da existência de uma seleção que foi benéfica até metade do século XX e se tornou desadaptativa nos países desenvolvidos a partir do estabelecimento da abundância alimentar e do sedentarismo (Carmo, Santos, Camolas, & Vieira, 2008). Especialmente nas culturas ocidentais, o papel do corpo e do peso revestem-se de enorme importância - a imagem corporal associada ao excesso de peso assume-se como pouco atrativa, despoletando a emergência de estereótipos negativos relacionados com a preguiça, a falta de controlo, a pouca inteligência ou ainda, a falta de cuidados higiénicos (Schwartz, Vartanian, Nosek, & Brownell, 2006).

Sabe-se atualmente, que a obesidade é definida pelo resultado da acumulação de gordura no tecido adiposo do excesso calórico ingerido, não compensado pela energia despendida (WHO, 2000). Desta acumulação de gordura no tecido adiposo poderão emergir questões associadas à morbidade e mortalidade, que conduzem à redução significativa da qualidade de vida dos doentes obesos, de forma prolongada no tempo (e.g., Bellanger & Bray, 2005; Flegal, Kit, Orpana, & Grauband, 2013; Zheng, Tumin, & Qian, 2013). São as condições médicas e a durabilidade das mesmas resultam da definição de obesidade enquanto doença crónica (WHO, 2000).

No que respeita às causas atribuídas para o surgimento desta doença, os estudos realizados apontam para uma multicausalidade, onde os fatores ambientais e comportamentais, como a abundância de alimentos hipercalóricos, associados a um estilo de vida sedentário, e a promoção do ambiente obesogénico, proveniente da concentração urbana e da existência de novos meios de produção (e.g., Booh, Pinkston, & Poston, 2005; Mitchell, Mattocks, Ness, Leary, Pate, Dowda, *et al.*, 2009) bem como os fatores genéticos

que se relacionam a uma vulnerabilidade nos genes (e.g., Speakman, 2008; Yang, Deignan, Qi, Zhu, Qian, Zhong, *et al.*, 2009), ou ainda fatores de ordem psicológica (e.g., Collins & Bentz, 2009; Jebb, 2004; Stice, Presnell, Shaw, & Rohde, 2005) poderão contribuir para o surgimento da obesidade. A par destes, e ainda no plano ambiental, há investigadores que nomeiam a rede social como parte de um papel fundamental na contribuição para a obesidade, afirmando que as dinâmicas na família, nas amizades e nos convívios influenciam toda a ingestão alimentar (e.g., Christakis & Fowler, 2007). Simplificando, para a obesidade contribuem fatores biológicos, comportamentais, sociais, ambientais e até psicológicos.

No que diz respeito à avaliação desta doença crónica, não existem métodos estandardizados ou assentes em níveis de referência largamente aceites para a avaliação da massa gorda. No entanto, estão generalizadas as seguintes medidas: (a) medidas antropométricas, como o peso e a altura, o perímetro ou o diâmetro abdominal, da anca, dos membros, entre outros ou ainda as pregas cutâneas; (b) as medidas de condutância, como a bioimpedância elétrica; (c) as medidas de diluição isotópica ou química, como o potássio marcado; (d) ou ainda, através da imagética, como a ressonância magnética ou a absorciometria bifotónica (Carmo *et al.*, 2008; Seidell, Kahn, Williamson, Lissner, & Valdez, 2001). Uma vez que estes métodos são, na sua maioria complexos e dispendiosos, a utilização de medidas indiretas, como as medidas antropométricas, justificam-se na prática clínica, uma vez que apresentam associações demonstradas com indicadores de saúde, são de fácil avaliação, e habitualmente usadas em prática clínica (Carmo *et al.*, 2008; Seidell, Kahn, Williamson, Lissner, & Valdez, 2001). Neste sentido, a avaliação da massa gorda tem sido feita sobretudo pela relação do peso com a altura, através do uso da fórmula criada pelo antropólogo Quetelet ou IMC (Garrow, 1995 cit. *in* Carmo *et al.*, 2008) – os estudos correlacionais entre o IMC e massa gorda apontavam para correlações muito significativas com coeficientes de 0,955 para as mulheres e 0,943 para os homens (Garrow, 1995 cit. *in* Carmo *et al.*, 2008). Larsson, Henning, Lindroos, Naslund, Sjöström, e Sjöström (2006) reforçam a validade do IMC, ao demonstrarem que é um bom indicador da percentagem de gordura corporal, ainda que com uma relação não linear. Não obstante, é fulcral referir que, a classificação dos indivíduos recorrendo ao IMC, como indicador de percentagem de gordura corporal, encontra-se sujeita a vieses, uma vez que as distintas partes corporal apresentam uma contribuição para o peso. Mais especificamente, uma maior percentagem de massa muscular, não representam uma massa gorda superior, no entanto, conduzem a uma

classificação de IMC mais elevado; ainda, muitas vezes é utilizado o índice de massa corporal autorelatado, que, muito embora alguns autores refiram a validade do mesmo (e.g., Fonseca, Faerstein, Chor, & Lopes, 2004; Santos, Carmo, Camolas, & Vieira, 2009; Sutin, 2013), há evidências de vieses (Basterra-Gortari, Bas-Rastrollo, Forga, Martínez, & Martínez-Gonzalez, 2007; Chau, Chau, Mayet, Baumann, Legleye, & Falissard, 2013; Clemente, Moreira, Oliveira, & Vaz de Almeida, 2004; Wada, Tamakoshi, Tsunekawa, Otsuka, Zhang, Murata, *et al.*, 2005; WHO, 1995).

No sentido de identificar pessoas em risco, e possibilitar-se a criação de um sistema de comparação entre grupos, foi necessário estabelecer uma classificação mundial em termos de peso (Carmo *et al.*, 2008). Nesta perspetiva, a classificação permite identificar individualmente os que estão em risco e avaliar seguimentos clínicos; avaliar determinadas populações ou países, de forma a compará-los; e ainda considerar a necessidade de intervenção ao nível público. Com a definição de excesso de peso, onde se incluem a pré-obesidade e a obesidade, pretende-se prever os riscos para a saúde e possibilitar a comparação entre as populações (Carmo *et al.*, 2008). O IMC traduz-se pela relação entre o peso e o quadrado da altura. Mais especificamente, segundo a classificação segundo a OMS, indivíduos com baixo peso apresentam um IMC inferior a 18,5 kg/m² e um baixo risco de comorbilidades na saúde; um indivíduo normoponderal apresenta um IMC entre os 18,5 e os 24,9 kg/m² e um risco médio para comorbilidades; um indivíduo com um IMC igual ou superior a 25 kg/m² apresenta excesso de peso – dentro da categoria do excesso de peso fazem-se duas distinções: pré-obesidade que representa um IMC entre 25 e 29,9 kg/m² onde o risco de comorbilidade é aumentado e a obesidade que representa um IMC igual ou superior a 30 kg/m². Dentro dos critérios para obesidade, ainda se pode distinguir obesidade grau I com um IMC entre 30 e 34,9 kg/m² e com um risco moderado para comorbilidade; obesidade grau II, com um IMC entre 35 e 39,9 kg/m², com graves riscos de comorbilidade e obesidade grau III com um índice igual ou superior a 40, com graves riscos para comorbilidades (WHO, 2000) (Apêndice I). De notar que, poderão coexistir riscos de morbilidade e mortalidade distintos para estas classificações, bem como variações de acordo com a etnia, sexo, idade e morfologia corporal, variáveis importantes para a obesidade, tal como o nível educacional (Carmo *et al.*, 2008; Devaux, Sassi, Church, Cecchini, & Bongiovanni, 2011).

Ainda é possível classificar a obesidade de acordo com a fenotípicia: o tipo I refere-se ao excesso de massa corporal ou percentagem de gordura; o tipo II refere-se a um tipo de

excesso de gordura localizada no tronco-abdominal, designada de androide; o tipo III que representa o excesso de gordura abdomino-visceral, e o tipo IV que refere-se ao excesso de gordura localizado no glúteo-femoral, designada de ginóide (Wallace, 1997).

Quadro 2

Classificação do Peso e do Risco de Comorbilidade segundo a OMS

Classificação	IMC (kg/m²)	Risco de comorbilidade
		Baixo
Baixo Peso	<18,5	(mas risco acrescido de outros problemas clínicos)
Normal	18,5-24,9	Médio
Excesso de Peso	≥25,0	
<i>Pré-Obesidade</i>	25,0-29,9	Aumentado
<i>Obesidade Grau I</i>	30,0-34,9	Moderado
<i>Obesidade Grau II</i>	35,0-39,9	Grave
<i>Obesidade Grau III</i>	≥40	Muito Grave

1.2. Prevalência da Obesidade

Os estudos de prevalência têm procurado identificar o número total de indivíduos com pré-obesidade ou obesidade numa determinada população, ajudando a compreender o estado atual da doença e a eficácia das estratégias utilizadas. A OMS estima que pelo menos 2,8 milhões de pessoas morram no mundo inteiro, todos os anos como resultado do excesso de peso, e 2,3% de potencial para viver e anos de vida seja provocado pela condição do excesso de peso (WHO, 2014). O Observatório Global de Saúde, parte integrante da OMS refere que em 2008, 35% dos adultos acima dos 20 anos de idade apresentavam critérios para pré-obesidade, e que essa percentagem quase duplicou entre 1980 e 2008. Mais ainda, estima-se que 10% de homens e 14% de mulheres sejam obesas, isto significa, grosso modo, 205 milhões de homens e 297 milhões de mulheres acima dos 20 anos de idade. Estes

resultados apontam para um total de meio bilião de adultos no mundo inteiro com excesso de peso (WHO, 2014).

A título de exemplo, Flegal, Carroll, Kit, e Ogden (2012) realizaram um estudo longitudinal acerca da prevalência de obesidade em adultos americanos, e verificaram que 35,7% de prevalência de obesidade em adultos entre 1999-2010. Mais ainda, a prevalência combinada de pré-obesidade e obesidade era de 68,8%.

O aumento da obesidade e de doenças relacionadas com a doença continua a crescer, em ambos os géneros, em todas as idades, raças, e níveis educacionais, como justifica o estudo de Mokdad, Ford, Bowman, Dietz, Vinicor, Bales, e colegas (2003).

Os estudos à escala global são escassos, no entanto, a OMS conduziu o MONICA, que decorreu entre 1983 e 1986 e foi das primeiras tentativas de recolha no mesmo período de tempo para populações entre os 35 e os 64 anos, de ambos os sexos. Cerca de 48 países participaram, sendo os principais resultados mínimos de prevalência para um IMC superior a 30, tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino localizados na China (5% e 10% respetivamente); os valores máximos para os homens localizavam-se em Malta (30%) e para as mulheres na antiga URSS (45%) (Carmo *et al.*, 2008). Consoante com este resultado, na Europa, os principais resultados mostram países como as antigas populações da URSS como a Albânia, Bulgária, Macedónia, Hungria, Eslováquia, República Chica, Roménia e Rússia, bem como a par destes a Alemanha, a Escócia, Reino Unido e Finlândia com valores mais elevados de prevalência (Berghofer, Pischon, Reinhold, Apovian, Sharma, & Willich, 2008). Com níveis de prevalência baixos médios encontram-se os países como a França, a Itália, a Holanda, a Suíça e a Suécia. Com níveis de prevalência médios encontram-se países como a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Estónia, a Croácia, a Irlanda, a Lituânia, o Luxemburgo e Portugal (Berghofer *et al.*, 2008).

Em Portugal tem havido diferentes tentativas na caracterização da prevalência da obesidade, especialmente a nível regional, contudo não representativos da população portuguesa. A nível nacional, os estudos iniciaram-se pela realização de inquéritos referentes aos anos 1995-1996 e 1998-1999 (Vidal & Dias, 2005). Os dados obtidos em ambos os Inquéritos Nacionais de Saúde tiveram em conta medidas autorelatadas de peso e altura.

No que concerne ao Inquérito Nacional de 1995-1996, num universo amostral de 38238 indivíduos (sendo que 17 989 são homens e 20 249 são mulheres), 39,9% dos

homens encontravam-se em pré-obesidade e 10,3% eram obesos; no que diz respeito às mulheres 32,2% tinham pré-obesidade, sendo que 12,7% eram obesas (Vidal & Dias, 2005)

Relativamente ao Inquérito Nacional do período de 1998-1999, que constou com 17 923 homens e 20 302 mulheres, 32,2% dos homens encontravam-se em pré-obesidade e 12,7% eram obesos, sendo que da totalidade das mulheres cerca de 31,0% tinham pré-obesidade e 16,0% eram obesas (Vidal & Dias, 2005)

As primeiras tentativas de investigação sobre a prevalência usando medição direta, foram preconizadas por Carmo, Carreira, Almeida, Gomes, Almeida Ruas, e colegas (2000) referentes ao período de 1995-1998. Neste estudo, no universo amostral, participavam 4 328 indivíduos distribuídos entre os 18 e os 65 anos, de sexo, idade, e localização distribuídos proporcionalmente de acordo com os Censos. Os resultados referentes à obesidade mostravam que, da totalidade de mulheres, 15,4% eram obesas, e 12,9% dos homens são obesos – da totalidade da amostra, 14,4% apresentavam obesidade.

Outro estudo realizado em Portugal a nível nacional, e referente ao período entre 2003-2005, em que participaram cerca de 8116 indivíduos (3 796 eram do sexo masculino e 4 320 eram do sexo feminino), 15,0% dos homens eram obesos e 13,4% das mulheres eram obesas, sendo que da totalidade amostral 14,2% tinham obesidade. Nas divisões por faixas etárias o estudo demonstrou que do 18-19 anos 4,8% da amostra era obesa, dos 20-29 anos 6,4%, dos 30-39 anos 12,1%, dos 40-49 anos 16%, dos 50-59 anos 20,7% e dos 60-69 anos 17% eram obesos (Carmo, Santos, Camolas, Vieira, Carreira, Medina *et al.*, 2008).

Mais recentemente, Sardinha, Santos, Silva, Coelho-e-Silva, Raimundo, Moreira, e colegas, (2012) verificaram numa amostra representativa de portugueses em idade adulta que, para os homens, a prevalência em adultos entre os 18 e os 64 anos era de 46,7% para a pré-obesidade e 4,4% para a obesidade; nos homens com idades iguais ou superiores a 65 anos, a prevalência para a pré-obesidade era de 53,6% e para a obesidade era de 16,8%. No que diz respeito às mulheres entre os 18 e os 64 anos, a prevalência de pré-obesidade era de 38,1% e 19,8% para a obesidade; nas mulheres com idades superiores a 65 anos, a prevalência de pré-obesidade era de 52,9% e de 21,8% para a obesidade. Este estudo vem alertar para o facto de mais de dois terços da população portuguesa apresentarem excesso de peso, e para a necessidade de desenvolverem-se estratégias para prevenir esta doença e as complicações de saúde associadas.

Estes dados permitem verificar um aumento de população obesa em Portugal, reforçando os dados obtidos pelas investigações internacionais. De facto, o alerta da OMS

parece ainda mais atual quando nos debruçamos sobre as estatísticas de prevalência de diferentes países. A par disso, estas tendências acarretam elevados custos para a saúde pública (Van Baal, Polder, de Wit, Hoogenveen, Feenstra, Boshuizen, *et al.*, 2008).

1.3. Consequências: saúde física e psicológica

A obesidade tem-se multiplicado pela população mundial, e segundo Kopelman (2000), está a tornar-se no principal contribuidor para o desenvolvimento de outras doenças. Isto significa que, mais que uma doença, a obesidade constitui um fator de risco importante no aparecimento, desenvolvimento e agravamento de algumas doenças.

No que respeita à saúde física, a hipótese de que a obesidade poderia estar associada a uma doença cardiovascular parecia, até à década de 60, uma ideia empírica, sem investigações consistentes que provassem a sua cientificidade (Carmo *et al.*, 2008). No entanto, a relação da obesidade e outras doenças físicas têm sido alvo de interesse desde então, com resultados proeminentes. As investigações realizadas têm sugerido uma associação entre obesidade e algumas doenças médicas – mais especificamente, os estudos têm sugerido que a obesidade aumenta o risco de doenças cardiovasculares (e.g., Lavie, Milani, & Ventura, 2009; Sowers, 2003; Van Gaal, Mertens, & De Block, 2006), aumento o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo dois (e.g., Hajer, van Haeften, & Visseren, 2008; Nguyen, Nguyen, Lane & Wang, 2011), bem como da hipertensão arterial (e.g., Kotsis, Staubouli, Papakatsika, Rizos, & Parati, 2010; Narkiewicz, 2006), muitas vezes relacionada com os acidentes vasculares cerebrais, alterações ao nível do colesterol e triglicéridos no sangue, doença coronária, doenças respiratórias, doenças cardíacas gota, artrite, apneia do sono e determinados tipos de cancro (Kopelman, 2000).

Todas estas contribuições e relações contribuem para o risco de morbilidade e mortalidade nos obesos (e.g., Adams, Schatzkin, Harris, Kipnis, Mouw, Ballard-Bardash, *et al.*, 2006; Bellanger & Bray, 2005; Formiguera & Cantón, 2004; Mond & Baune, 2009).

A par das questões que relacionam a obesidade com as complicações médicas, é sabido que esta doença tem um impacto negativo na saúde mental (e.g., Barry, Pietrzack, Petry, 2008; Petry, Barry, Pietrzak, & Wagner, 2008; Talen & Mann, 2009), onde os indivíduos apresentam um perfil psicopatológico agravado (e.g., Fadiño, Moreira, Pressler, Gaya, Papelbaum, Coutinho, & Appolinario, 2010; Laliberte, 2007; Linde, Jeffery, Pronk, & Boyle, 2004; Scott, McGee, Well, & Brown, 2008). No entanto, a relação entre obesidade e as perturbações mentais permanece complexa. De acordo com Friedman e Brownell (2002),

se por um lado, a obesidade pode originar problemas psicopatológicos graves, por outro os indivíduos com perturbações mentais estão mais suscetíveis à obesidade.

De acordo com a *World Federation for Mental Health* (2010), a relação entre obesidade e psicopatologia resulta de uma interação das complicações médicas que advêm da doença, como por exemplo as restrições de mobilidade que afetam o bem-estar mental (Nguyen, Ngyen, Lane, & Wang, 2011) – esta retroatividade pode potenciar as perturbações do humor como a depressão, as perturbações do comportamento alimentar, as distorções da autoimagem e uma baixa autoestima. Por outro lado, as investigações sobre os mecanismos, que poderão conduzir os adultos com diagnósticos de doença mental, à obesidade são reduzidas, no entanto tem havido um esforço na compreensão desta relação (e.g., Markowitz, Friedman, & Arent, 2008; Napolitano & Foster, 2008).

Na perspetiva de Markowitz e colegas (2008) e Napolitano e Foster (2008), existe uma panóplia de fatores mediadores, como biológicos, comportamentais, psicológicos e sociais na relação entre obesidade e psicopatologia, mas parece aceitar-se uma relação bidirecional. Exemplificando, na obesidade como causa da psicopatologia a explicação pode ser a seguinte: o fator mediador comportamental, pode ser do exercício da dieta com episódios de ingestão; o fator mediador biológico, pode ser o aumento das taxas referentes à presença de uma doença crónica, que se podem caracterizar por dores corporais, pela diminuição da atividade física, ou pelo aumento as perturbações do sono, ou através da medicação para as dores há uma possibilidade de um aumento dos efeitos secundários e uma concentração anormal de hormonas; o fator mediador psicológico, pode representar-se então por uma perceção negativa acerca da saúde, diminuindo a autoestima e aumentando as preocupações acerca da imagem corporal; o fator social, poderá representar-se pelo estigma face ao peso. No caso inverso, em que a psicopatologia poderá ser a causa da obesidade, a explicação mediadora pode ser a seguinte: o fator mediador comportamental, pode ser a adoção de um estilo de vida pouco saudável, utilizando a comida como uma estratégia de *coping*; o fator mediador biológico, poderá ser os efeitos medicamentosos para a psicopatologia; o fator mediador psicológico serão as expectativas reduzidas face à perda de peso; o fator mediador social representa-se pela redução do suporte social. Não obstante, importa referir que nesta associação, outros fatores moderadores também devem ser tidos em conta como o género, o grau de obesidade, o estatuto socioeconómico, entre outros. De um modo geral, a compreensão dos mecanismos que explicam a associação entre obesidade

e psicopatologia deve ter em conta os fatores moderadores e mediadores que poderão influenciar esta relação (Markowitz, *et al.*, 2008; Napolitano *et al.*, 2008)

Do perfil psicopatológico no obeso são conhecidas as relações entre as perturbações do humor, como a depressão ou ainda as perturbações da ansiedade (e.g., Almeida, Calver, Hankey, & Flicker, 2009; Barry *et al.*, 2008; Dong, Sanchez, & Price, 2004; Faith, Calamaro, Dolan, & Pietrobelli, 2004; Faith, Matz, & Jorge, 2002; Heo, Pietrobelli, Fontaine, Sirey, & Faith, 2006; Pan, Sun, Czernichow, Kivimaki, Okereke, Lucas *et al.*, 2012; Strine, Mokdad, Dube, Balluz, Gonzales, Berry *et al.*, 2008).

A título de exemplo, Luppino, deWit, Bouvy, Stijnen, Cuijpers, Penninx, e colegas (2010), num estudo longitudinal, de revisão teórica sistemática, verificaram uma associação bidirecional entre obesidade e esta perturbação do humor. Os autores concluíram que os indivíduos obesos tinham 55% de risco incrementado de desenvolverem uma depressão ao longo do tempo, enquanto indivíduos deprimidos tinham 58% de risco incrementado de se tornarem obesos. Isto significa que, a depressão encontra-se associada à obesidade, como causa ou consequência da mesma. Podemos considerar que a depressão surge na obesidade por um conjunto de fatores internos e externos ao sujeito, que o predispõem à instalação de um quadro depressivo – a discriminação social, a insatisfação corporal, entre outros, são fatores preponderantes na condução do obeso a um desinvestimento em si e nos outros (Barry *et al.*, 2008). De acordo com a APA (2002), a manifestação mais visível da depressão consiste num sentimento de tristeza e desânimo, na apatia, na perda de interesse, na culpabilidade, na lentificação do pensamento, ou mesmo na dificuldade de concentração. As manifestações somáticas desta perturbação correspondem à alteração do sono, com insónia ou hipersónia, alteração do apetite, dores diversas como cefaleias, perturbações gastrointestinais, entre outras.

Outro estudo de revisão sistemática e meta-análise, encontrou uma fraca mas positiva associação entre obesidade e as perturbações da ansiedade (Gariépy, Nitka, & Schmitz, 2010). Tal como a depressão, a ansiedade pode surgir num contexto mais reativo ou como traço de personalidade. Decorrente do primeiro, a ansiedade emerge de uma situação que produz elevados níveis de *stress*, como por exemplo, o tempo que antecede a uma cirurgia, ou períodos de avaliação, ou a realização de tarefas difíceis. Como traço de personalidade, a ansiedade é mais independente dos fatores externos, sendo que as manifestações ansiogénicas encontram-se interior ao sujeito e afetam a forma como este percebe os estímulos à sua volta. Na obesidade, a ansiedade pode provocar o abuso

alimentar como forma de contenção ou supressão da mesma – se o alimento é sentido pelo sujeito como tranquilizador e securizante, pode ocorrer uma conjugação de fatores que levará a uma sobrealimentação contínua, e conseqüentemente, a um excesso de peso, que se pode tornar prejudicial (Garipey, Nitka & Schmitz, 2010).

A par disto, a literatura tem procurado compreender a relação entre a obesidade as perturbações do comportamento alimentar. Os estudos sugerem uma prevalência superior da perturbação da ingestão compulsiva em populações obesas e referem diferenças significativas entre indivíduos obesos com ingestão compulsiva e sem ingestão compulsiva (e.g., De Zwaan, 2001; Specker, de Zwaan, Raymond, & Mitchell, 1994; Wadden, Foster, Letizia, & Wilk, 1993; Yanovski, 2002). Fairburn (1995) sugeriu que os obesos com ingestão compulsiva apresentam maior dificuldade na perda de peso. Mais ainda, revelam uma tendência para abandonar os programas de redução de peso prematuramente e para voltarem a ganhar o peso que perderam durante o tratamento, quando comparados com indivíduos obesos sem ingestão compulsiva (Yanovski, 2002; Waller, 2002). A bulimia nervosa é uma perturbação do comportamento alimentar que pode surgir no contexto da obesidade. Muito embora a relação entre bulimia e obesidade seja complexa, a literatura sugere uma relação positiva entre estas variáveis (e.g., Fairburn, Welch, Doll, Davis, & O'Connor, 1997; Neumark-Sztainer, Wall, Guo, Story, Haines, & Eisenberg, 2006; Simon, Von Korff, Saunders, Miglioretti, Crane, van Belle, *et al.*, 2006). A título de exemplo, Fairburn e colegas (1997), num estudo acerca dos fatores de risco no desenvolvimento de bulimia nervosa, demonstraram que as crianças que eram obesas tinham três vezes mais probabilidade de desenvolverem bulimia do que crianças normoponderais.

A imagem corporal é uma variável importante nesta análise na obesidade (e.g., Friedman, Reichman, Costanzo, & Musante, 2002; Wardle & Cooke, 2005). Ao considerar a relação entre peso corporal e as características físicas que a ele se associam, as investigações evidenciam a estigmatização do indivíduo obeso (Falkner, Frenxh, Jeffrey, Neumark-Sztainer, Sherwood, & Morton, 1999; Pulh & Brownell, 2011; Roehling, Roehling, & Pichler, 2004; Wang, Brownell, & Wadden, 2004). De facto, indivíduos que têm uma perceção negativa acerca da imagem corporal veem os seus corpos como grotescos e repugnantes, acreditando que o outro o percebe com grande hostilidade e desprezo (Krentz, 2006). Uma perceção negativa da imagem corporal parece ocorrer com mais frequência em mulheres adolescentes e jovens adultas nos estatutos socioeconómicos médio

e médio-alto, onde a obesidade é menos prevalente, no entanto o estigma mais pesado (Krentz, 2006).

Na obesidade existe uma correlação entre desequilíbrio na imagem corporal e o número de anos em que o indivíduo é obeso, isto é, os obesos de longa data, cuja obesidade advém desde a infância, parecem apresentar uma maior distorção da imagem corporal do que os adultos recentemente obesos – a explicação pode residir no facto desses indivíduos obesos de longa data não terem noção real das dimensões corporais e do peso, nas suas inúmeras flutuações, ou no caso dos recentemente obesos, pela eternização de uma imagem corporal que tiveram e que já não têm (Thompson, 2003) A par disto, na sociedade contemporânea é possível observar a discriminação e as atitudes negativas face ao excesso de peso e à obesidade. A assunção na cultura ocidental de um corpo ideal ditado pelos cânones físicos de saúde e bem-estar ao nível estético, conceituado pelo magreza é sentido pelo indivíduo obeso como uma pressão social intensa, podendo desencadear comportamentos de controlo do peso e da forma que, quanto mais desadaptativos, mais próximos estarão das perturbações do comportamento alimentar, ou psicopatologias mais reativas como a depressão ou a ansiedade. De fato, é possível compreender a dificuldade no universo ocidental de corresponder as expectativas e pressões do mundo social e dos meios de comunicação, desencadeando sentimentos de frustração e de baixa autoestima, muito característicos nestes pacientes – este novelo poderá comprometer o indivíduo obeso nos vários papéis da sua vida, quer ao nível social, profissional, conjugal, e sexual, entre outros (Krentz, 2006).

Ainda é possível falar em associações com perturbações da personalidade (e.g., Sunson, Wideman, & Sansone, 2000; Sutin, Ferrucci, Zonderman, & Terracciano, 2011)

A par destas relações importa referir que, os indivíduos que se encontram em tratamento para a obesidade podem apresentar uma perceção mais severa da doença, especialmente se forem candidatos a cirurgia bariátrica (e.g., Sarwer, Wadden, & Fabricatore, 2005; Soares & Silva, 2011).

1.4. Ingestão alimentar e prazer

A ingestão alimentar excessiva é um dos principais determinantes para a obesidade, promovida, essencialmente, pela acessibilidade a elementos de elevada palatabilidade e com elevada densidade energética, a baixo custo, tornando o ambiente cada vez mais obesogénico (Hill & Peters, 1998; Moreira, 2005; Nestle & Jacobson, 2000).

A par dos fatores sociais e ambientais, o comportamento alimentar é explicado por mecanismos biológicos internos (Coll, Farooqi, & O'Rahilly, 2007; Morton, Cummings, Baskin, Barsh, & Schwartz, 2006) – mais especificamente, a regulação da ingestão alimentar é regulada por dois mecanismos: mecanismos homeostáticos, importantes na sobrevivência humana, uma vez que incluem reguladores hormonais de fome, saciedade, e níveis de adiposidade, que atuam no hipotálamo e no tronco cerebral, responsáveis pela regulação do apetite, de forma a manter o balanço energético adequado (Ribeiro & Santos, 2013); e mecanismos hedônicos. Importa referir que, o sistema de recompensa cerebral desempenha um papel fulcral na ingestão alimentar (Kenny, 2011)

Os estudos que se debruçam sobre a anatomia do prazer, têm revelado a existência de centros cerebrais, que se localizam na região mais central do sistema nervoso, como o sistema límbico, e que trabalham em rede de forma a ativar neurotransmissores responsáveis pelos estados de prazer - este circuito é denominado de circuito hedónico (Berridge, 2007; Smith & Berridge, 2007; Kringelbach, 2009).

A ingestão de alimentos ricos em nutrientes recompensadores como o açúcar, a gordura, o sal, produzem modificações no funcionamento do sistema nervoso central, em especial o sistema límbico, na gestão hormonal do sistema gastrointestinal, mas, especialmente, modificam o código genético, pelo aumento de peso resultante da ingestão desses alimentos com elevado paladar. Mais especificamente, esta ingestão frequente tem a capacidade para modificar a expressão genética e rearranjar os circuitos nervosos de prazer e recompensa (Ferretti, Fornari, Pednazzi, Pellegrini, & Zoli, 2011; Sprangler, Wittkowski, Goddard, Avena, Hoebel, & Leibowitz, 2004).

Capítulo 3. Obesidade, Bem-Estar e Florescimento

3.1. Obesidade, Bem-Estar Subjetivo e Florescimento: Que Relação?

De acordo com a literatura supracitada, a saúde, quer física, quer mental, é tido como uma variável importante, tanto no bem-estar subjetivo como no bem-estar psicológico e, fundamentalmente, no florescimento. Os estudos têm demonstrado que a obesidade está associada a vários problemas de saúde (e.g., Kopelman, 2000; Van Gaal *et al.*, 2006; Hager *et al.*, 2008) e a um aumento da mortalidade (e.g., Adams, *et al.*, 2006); bem como, a várias problemas na saúde mental (e.g., Barry *et al.*, 2008; Talen & Mann, 2009). Neste sentido, o presente capítulo ambiciona esclarecer a relação existente entre as variáveis obesidade, bem-estar e florescimento.

Os estudos psicológicos que relacionam a obesidade, o bem-estar subjetivo e o florescimento são escassos, no entanto, a relação do peso com a qualidade de vida tem sido alvo de interesse pela comunidade científica e, desta forma, extensivamente estudada (e.g., Han, Tjshuis, Lean, & Seidell, 1998; Hassan, Joshi, Madhavan, & Amonkar, 2003; Wiczinki, Döring, John, & Legenrke, 2009). A título de exemplo, e na tentativa de validação de uma medida de impacto do peso na qualidade de vida, Kolotkin, Head, Hamilton, e Tse (1995) verificaram que as consequências da qualidade de vida estavam associadas diretamente ao aumento de peso, num conjunto de dimensões, tais como: a saúde, as relações sociais e interpessoais, o emprego, as atividades diárias, a mobilidade, a autoestima, a vida sexual, e o conforto com a comida. Os resultados revelaram, mesmo com o IMC controlado, um padrão de resposta significativamente diferente em função do género. Mais especificamente, o género masculino apresentou uma relação positiva entre o aumento do peso corporal e o impacto na qualidade de vida para todas estas dimensões supracitadas, à exceção do emprego e do conforto com a comida. Já para o género feminino, foi verificada uma relação positiva entre o aumento do peso corporal e o impacto na qualidade de vida para todas as dimensões, com maior gravidade nas dimensões da autoestima e vida sexual. A reforçar esta ideia está o estudo de Han, Tjshuis, Lean, e Seidell (1998), que procuraram medir a qualidade de vida em sujeitos com excesso de peso e sujeitos com gordura localizada no abdómen - os resultados demonstraram que os indivíduos que apresentavam uma maior circunferência do abdómen e um maior IMC demonstraram uma menor qualidade de vida, bem como dificuldade em lidar com as tarefas diárias.

No largo espectro dos estudos da qualidade de vida, a qualidade de vida relacionada com a saúde tem vindo suscitar interesse na comunidade científica, no estudo das doenças crónicas (Santos & Pereira, 2008), uma vez que avalia as dimensões físicas,

psicológicas e sociais da saúde, influenciadas pelas experiências, crenças, expectativas, e pelas percepções individuais (Crosby, Kolotkin, & Williams, 2003). Importa referir que, os estudos que relacionam a qualidade de vida relacionada com a saúde e a obesidade são fundamentais, visto incluírem uma vertente psicológica e social subjetiva, componente fundamental no bem-estar subjetivo. Dentro desta ótica, Kolotkin, Crosby, e Williams (2002), verificaram que, na categoria da obesidade, a qualidade de vida relacionada com a saúde e específica para a obesidade apresentava maior comprometimento nos indivíduos com maior de massa corporal, caucasianos e do género feminino.

Já Hassan, Joshi, Madhavan, e Amonkar (2003) avaliaram a relação entre o IMC e a qualidade de vida relacionada com a saúde numa amostra dos Estados Unidos. Os resultados do estudo demonstraram que, para os valores globais, a qualidade com a vida relacionada com a saúde diminuía à medida que o IMC aumentava. Além disso, verificaram que os indivíduos com um elevado IMC, apresentavam médias de qualidade de vida relacionada com a saúde menores, comparativamente aos restantes grupos de IMC. O mesmo estudo demonstrou que os indivíduos com maior grau de obesidade apresentavam uma maior probabilidade de experienciar uma saúde física e mental deficitária.

Num estudo similar, Jia e Lubetkin (2005) verificaram que a qualidade de vida relacionada com a saúde diminuía com o aumento da obesidade. Mais especificamente, e comparando os indivíduos normoponderais, os indivíduos na categoria de obesidade severa apresentavam pontuações significativamente mais baixas para todas as escalas utilizadas para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde. Foi igualmente verificado que, os indivíduos que se situavam nas categorias de obesidade moderada ou na categoria de pré-obesidade apresentavam pontuações significativamente mais baixas para algumas escalas usadas na medição da qualidade de vida relacionada com a saúde. Contudo, a relação negativa entre qualidade de vida relacionada com a saúde e obesidade não foi confirmada no estudo de Wiczinki e colegas (2009). Apenas foi confirmada a relação entre obesidade e qualidade física relacionada com a saúde nos homens. O suporte social foi tido em conta nesta relação como variável moderadora, sugerindo que, os indivíduos obesos que possuem um bom suporte social, apresentam valores mais elevados de qualidade de vida.

Em Portugal, os estudos acerca da obesidade também têm sido explorados na vertente da qualidade de vida (e.g., Paez da Silva, Jorge, Domingues, Lacerda Nobre, Chambel, & Jácome de Castro, 2006; Soares & Silva, 2011). Contudo, são quase inexistentes os estudos que relacionem obesidade, bem-estar subjetivo e florescimento.

Muito recentemente, um estudo português procurou explorar alguns conceitos associados ao bem-estar subjetivo e ao florescimento na população obesa. Vilhena, Pais-Ribeiro, Silva, Cardoso, e Mendonça (2014) efetuaram um estudo do impacto do otimismo disposicional, do afeto positivo e negativo, do estigma, e do suporte social na qualidade de vida na obesidade. Mais especificamente, os investigadores utilizaram, além das variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas de percepção da severidade da doença e o tempo de diagnóstico, bem como variáveis psicossociais como o otimismo disposicional, afeto positivo e negativo, estigma, suporte social e qualidade de vida. Através dos modelos de equação estrutural, os resultados deste estudo mostram que, controlando as variáveis sociodemográficas e clínicas, o afeto positivo, o afeto negativo e o estigma parecem fatores preditores importantes na qualidade de vida, quando analisadas simultaneamente. A complexidade das relações quando analisadas em simultâneo sugerem que as variáveis contribuem com pesos diferentes para a qualidade de vida. No que concerne ao otimismo, Vilhena e colegas (2014) referem que, um indivíduo mais otimista, com níveis superiores de afeto positivo, uma baixa percepção de estigma e um bom suporte social contribuem para uma melhor qualidade de vida. No que se refere ao afeto, os investigadores verificaram que o afeto positivo é preditor significativo e tem um impacto positivo em todos os componentes de qualidade de vida. Mais especificamente “os indivíduos mais entusiastas e ativos têm um melhor bem-estar subjetivo e uma melhor saúde física e uma melhor saúde mental” (Vilhena *et al.*, 2014, pp. 7) – mais ainda “o afeto negativo comporta-se como um preditor negativo da saúde física e mental”. Este último resultado é consonante com os estudos realizados por Pasco, Williams, Jack, Brennan, e Berk (2013) e Carr, Friedman, e Jaffe (2007), que, sumariamente, referem que os indivíduos obesos têm maior probabilidade de apresentarem níveis elevados de afeto negativo. A revisão do estudo acerca do afeto, positivo e negativo, é importante nesta análise, já que representa a componente emocional do bem-estar subjetivo. De acordo com esta perspectiva os constructos de felicidade e satisfação com a vida encontram-se positivamente correlacionados com o afeto positivo, como explica o estudo de Singh e Jha (2008). A par desta correlação, o estudo verificou ainda que o afeto negativo correlacionava-se negativamente com a felicidade e a satisfação com a vida.

Com o intuito de compreender a relação entre a obesidade e o afeto positivo e negativo, Pasco e colegas (2013), um estudo com uma amostra de 273 mulheres e verificaram que os valores de afeto negativo aumentavam à medida que o nível de índice de massa muscular aumentava, no entanto, esta associação diminuía assim que as variáveis de

doença física eram controladas. Os investigadores não encontraram qualquer associação entre as diferentes categorias de IMC e as pontuações do afeto positivo. Além do mais, os resultados apontam para uma associação do afeto negativo com a obesidade, em que são observadas emoções como a raiva, o nojo, o medo e a vergonha.

Na mesma linha de investigação, Carr e colegas (2007), numa amostra de adultos americanos, realizaram um estudo sobre como a saúde física debilitada, a intrusão do peso corporal no funcionamento diário, e as interações interpessoais angustiantes mediavam a relação entre o peso corporal e o humor. Os investigadores avaliaram: (a) o afeto positivo e negativo através da PANAS; (b) o peso corporal através do IMC, recodificado em cinco categorias, peso normal, excesso de peso, no qual se inclui pré-obesidade, obesidade grau I, obesidade grau II, obesidade grau III; (c) as condições de saúde (i.e., saúde física) foi medida através de duas dimensões; (d) a saúde física autorelatada e a quantidade de doenças crónicas associadas, (e) a intrusão do peso corporal, avaliada pela severidade da sintomatologia física e pelas limitações funcionais; (f) e as interações interpessoais angustiantes, medidas através da percepção do indivíduo de comportamentos discriminatórios perpetuados por estranhos ou conhecidos e pela percepção do indivíduo de comportamentos discriminatórios perpetuados por membros familiares, à exceção do cônjuge. Os resultados demonstraram que os obesos grau II e grau III apresentavam menos afeto positivo e mais afeto negativo, e que os valores do afeto negativo valores era significativamente superiores quando comparados com as restantes categorias de IMC, independentemente do género ou etnia. Os investigadores verificaram ainda que, os mecanismos psicossociais estudados tinham um impacto significativo na mediação entre peso corporal e humor, no sentido de o comprometimento funcional, a discriminação interpessoal, e a saúde física atuarem como supressores da relação entre peso corporal e humor.

São poucos os estudos que incidem sobre a relação entre bem-estar subjetivo e obesidade não tem sido e já Böckerman, Johansson, Saarni, e Saarni (2013) alertaram para o reduzido corpo de literatura acerca desta relação. A literatura tem-se focado, essencialmente, no estudo da qualidade de vida, um fator com relevância na relação entre bem-estar subjetivo e obesidade, visto representar um sinónimo de satisfação com a vida, componente cognitiva do bem-estar subjetivo (Kahneman *et al.*, 1999; Diener *et al.*, 2003).

Asthana, Ashtana e Bhatt (2010) verificaram que os indivíduos obesos apresentavam valores significativamente mais baixos quando comparados com os indivíduos não-obesos. Mais especificamente, os investigadores sugerem que os obesos

apresentavam menos sentimentos subjetivos de contentamento, felicidade, satisfação com a vida, baixa sensação de concretização.

Linna, Kaprio, Raevuori, Sihvola, Keski-Rahkonen, e Rissanen (2013) realizaram um estudo correlacional com jovens adultos, utilizando uma amostra do FinnTweinn16 (estudo de gémeos nascidos entre 1975-1979) entre o IMC e o bem-estar subjetivo, de forma a verificar uma relação não linear curvilínea em U entre estas, e se as perturbações alimentares tinham um efeito mediador que prejudica esta relação. Estes investigadores avaliaram a satisfação com a vida, a saúde em geral, e ainda a satisfação em domínios, como o lazer, o trabalho, as relações familiares e a satisfação com a vida sexual. Os resultados revelaram uma relação significativa em forma de U para o IMC e o bem-estar subjetivo para os homens. Os investigadores não encontraram uma associação destas variáveis para mulheres, muito embora tenham demonstrado que as médias de bem-estar subjetivo eram superiores em mulheres normoponderais, quando comparadas com mulheres obesas, no entanto, esta diferença não era estatisticamente significativa. Ademais, os resultados apontam para um papel mediador da presença de uma perturbação alimentar ao longo da vida entre o IMC e o bem-estar subjetivo nas mulheres, isto significa que, a presença de uma perturbação alimentar ao longo da vida agrava negativamente a relação entre bem-estar subjetivo e IMC. Outro resultado interessante mostra que o bem-estar subjetivo apresenta valores superiores na categoria de pré-obesidade, em ambos os géneros, quando a variável que diz respeito às perturbações do comportamento alimentar é controlada.

Devido ao impacto da obesidade nos custos da saúde pública, a relação entre a obesidade e o bem-estar subjetivo suscitado interesse na área da economia, que, na generalidade, referem que o bem-estar subjetivo é afetado negativamente pela obesidade (e.g., Foster & Moore, 2012; Katsaiti, 2012). Por exemplo, um estudo sobre a relação entre a obesidade e a felicidade conduzido por Katsaiti (2012), utilizando dados de painéis de três países distintos (Alemanha, Reino Unido e Austrália), verificou que a obesidade tinha um impacto negativo na felicidade, nomeadamente, na satisfação com a vida, em todos os países. Isto significa que, os obesos apresentaram médias de satisfação com a vida inferiores, em todos os países, quando comparados com os restantes grupos de IMC. Os investigadores verificaram ainda uma relação inversa e negativa entre IMC e satisfação com a vida. Os resultados sugerem que algumas variáveis que parecem mediar esta relação, sustentando a ideia que a incapacidade funcional como a variável que tem um maior impacto na felicidade, ou seja, a presença de incapacidade funcional agravava a relação

entre a obesidade e a felicidade. O estado civil mostrou mediar a relação entre obesidade e felicidade – mais especificamente, estar separado ou divorciado, comparativamente a estar casado, parece diminuir o bem-estar subjetivo.

Dentro da mesma linha de investigação, Böckerman e colegas (2013) verificaram que a relação entre a obesidade e a felicidade era mediada pela capacidade funcional e o estado de saúde. Mais especificamente, os investigadores mediram esta relação utilizando diversas medidas de obesidade, nomeadamente, o IMC, a percentagem de gordura corporal e a massa corporal magra, a circunferência da cintura, e a proporção entre a cintura e a anca e entre a cintura e a altura. Os resultados reforçam a ideia que o IMC é uma medida eficaz para avaliar o impacto da obesidade na sua relação com o bem-estar subjetivo. De uma forma geral, a obesidade associou-se negativamente ao bem-estar subjetivo. Mais, os indivíduos obesos apresentaram um bem-estar subjetivo menor, independentemente do tipo de excesso de peso e de medida utilizada. No entanto, Böckerman e os colegas (2013), com uma amostra da população geral com idades iguais ou superiores a 30 anos, verificaram que quando controlando as variáveis de saúde e capacidade funcional, a associação negativa entre a obesidade e o bem-estar subjetivo era mínima, não se verificando este resultado para os homens.

Na tentativa de compreender o bem-estar na sua globalidade emerge o conceito de florescimento, importante nesta relação, já que integra, além de aspetos hedónicos do sentir-se bem, aspetos eudaimónicos relacionados com o funcionamento ótimo (Huppert, 2009a, b; Keyes, 2002; Ryff & Singer, 1998; Keyes *et al.*, 2010). De acordo com a pesquisa realizada não foram encontrados estudos que relacionem diretamente obesidade e florescimento, no entanto, e pela relação próxima do funcionamento ótimo com o bem-estar psicológico e emocional, e até mesmo com a saúde mental, é pertinente focar os estudos recentes relacionam a obesidade com e estas variáveis, e ainda estudos que incluam variáveis diretamente relacionados com o florescimento (e.g. otimismo). A título de exemplo, Viner, Haines, Taylor, Head, Booy, e Stansfeld (2006) realizaram um estudo com uma amostra multiétnica de adolescentes, e verificaram que os adolescentes obesos apresentavam, significativamente, menos bem-estar emocional e cinco vezes maior probabilidade de sofrer de problemas psicológicos, comparativamente aos adolescentes com IMC inferior. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes com pré-obesidade ou abaixo do peso dos adolescentes normoponderais. Um estudo com adultos entre os 18 e os 64 anos de Doll, Petersen, e Stewart-Brown (2000)

pretendeu clarificar a relação entre a obesidade e a qualidade de vida relacionada com a saúde, através das relações entre bem-estar físico e emocional e a presença de outras doenças crónicas, permitiu verificar que, para a saúde física, o grupo dos participantes moderadamente obesos ou obesos mórbidos apresentava valores significativamente mais baixos comparativamente aos outros grupos. Além disso, foi verificado que indivíduos normoponderais reportaram maiores níveis de bem-estar físico. Para o bem-estar emocional, os investigadores constataram que, nas dimensões que avaliavam a saúde mental, as pontuações eram mais baixas nos obesos e nos indivíduos com baixo peso, no entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos; para todas as dimensões, as pontuações mais elevadas de bem-estar emocional registaram-se no grupo do normponderal ou do excesso de peso – a este propósito, verificaram que os indivíduos com maior bem-estar emocional medido pelas dimensões de saúde mental do SF-36 eram os indivíduos normoponderais. Isto significa que, nos indivíduos normoponderais apresentam pontuações mais elevadas seguidos dos sujeitos com pré-obesidade, e, posteriormente dos sujeitos com baixo peso, moderadamente obesos e obesos mórbidos. Concluindo, e comparativamente a outras categorias, os indivíduos obesos apresentam menos no bem-estar emocional. Doll e os colegas (2000) propuseram também relacionar as pontuações de bem-estar físico e emocional com o IMC e as doenças crónicas. Com esse objetivo, dividiram os participantes em quatro categorias fundamentais: (a) não obesos e sem doença crónica; (b) Apenas obesos; (c) Apenas doentes crónicos; (d) Obesos e com doenças crónicas, os investigadores concluíram que existiam diferenças estatisticamente significativas para todas as categorias, nas pontuações globais do SF-36, controlando as variáveis para a idade, género e frequência de utilização de serviços de saúde. Concluindo, os resultados deste estudo sugerem que a obesidade está associada a um decréscimo da saúde mental, especialmente se acompanhada por problemas crónicos.

Um estudo similar conduzido por Corica, Corsonello, Apolone, Mannucci, Lucchetti, Bonfiglio, Melchionda, e colegas (2008) sobre a relação entre as variáveis da síndrome metabólico, o bem-estar emocional e a qualidade de vida relacionada com a saúde na obesidade sugeriu uma associação negativa entre o bem-estar psicológico e a obesidade, sendo o bem-estar psicológico o correlato mais importante na qualidade de vida relacionada com a saúde para a obesidade. Já Rippe, Price, Hess, Kline, DeMers, Damitz, Kredieh e colegas (1998) numa amostra constituída por mulheres com excesso de peso, avaliaram o impacto de um programa de redução de peso 12 semanas, através do aumento de atividade

física, de uma dieta hipocalórica e de um grupo de suporte, no bem-estar psicológico, na qualidade de vida e nas práticas saudáveis. Os resultados demonstraram que estas práticas são válidas para a redução de peso, e significativas no aumento do bem-estar psicológico e da qualidade de vida, reforçando a relação entre o bem-estar psicológico e da qualidade de vida com a obesidade.

Um estudo recente realizado por Ogbeide, Neumann, Sandoval, e Rudebock (2010) visou compreender a relação entre o género, o peso corporal, bem-estar psicológico e satisfação com a vida. Com uma amostra de estudantes universitários, diferenças estatisticamente significativas foram encontradas para o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida entre o grupo normoponderal e de pré-obesidade/obesidade – de notar que, os investigadores explicam a junção das categorias pré-obesidade e obesidade, uma vez que estes dois grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas para o bem-estar psicológico e para a satisfação com a vida, variáveis medidas neste estudo. Os mesmos investigadores realizaram ainda correlações para homens e mulheres, separadamente, e verificaram que, para os homens o aumento no IMC associava-se a baixos valores de satisfação com a vida e bem-estar psicológico, sugerindo que à medida que o IMC aumenta, a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico diminuem; no entanto, e em contraste com o estudo de Carr e Friedman (2005) para as mulheres, o IMC não apresentou correlações nem para a satisfação com a vida, nem para o bem-estar psicológico.

A este propósito, Carr e Friedman (2005), que se focaram num dos componentes do bem-estar psicológico, a autoaceitação, verificaram que os obesos II/III tinham níveis significativamente mais baixos de autoaceitação quando comparados com indivíduos normoponderais, e que esta relação era mediada pela discriminação autopercecionada. Verificaram ainda que o IMC se associava negativamente ao bem-estar psicológico, independentemente do género, idade e etnia.

Ali e Lindström (2005) realizaram um estudo comparativo entre jovens mulheres com as categorias de baixo peso, peso normal e pré-obesidade/obesidade, para as características sociais, psicossociais, comportamentais, psicológicas e de saúde. Os resultados encontrados reforçam a associação entre um menor suporte emocional e menor saúde global autorelatada para os indivíduos obesos. Mais especificamente, os indivíduos obesos tinham uma maior probabilidade de serem desempregados, terem comportamentos tabágicos, baixa escolaridade, baixa participação social, baixo suporte instrumental, baixa atividade física, e baixo locus de controlo interno.

Ogden e Clementi (2010) referem que a obesidade traz consequências para a saúde psicológica, especialmente pela questão do estigma e o sentir-se respeitado pelos outros.

Como referido anteriormente, vão ser explanados alguns estudos que se reportem a alguns conceitos associados ao florescimento. O otimismo é outra dimensão importante no bem-estar psicológico e no florescimento, e desta forma, iremos exemplificar alguns estudos que relacionem o otimismo com o IMC (Petersen & Chang, 2003) Exemplificando, Sutin (2013) encontrou uma associação entre otimismo e o IMC. Com resultados similares, Kelloniemi, Ek, e Laitinen (2005) verificaram que os indivíduos que se situavam no quartil mais elevado para o otimismo comiam mais frequentemente vegetais e saladas, bagas, fruta, queijo *light* comparativamente aos indivíduos que se situavam no quartil mais baixo para o otimismo. Além disso, os resultados demonstraram a proporção de indivíduos com IMC igual ou superior a 30 kg/m² era maior dentro dos pessimistas do que dos otimistas. Kelloniemi e os colegas (2005) referem que “a falta de otimismo está associada com um conjunto de hábitos alimentares pouco saudáveis” (pp. 169).

Um dos poucos estudos, a nível nacional, conduzido por Vieira, Palmeira, Mata, Kolotkin, Silva, Sardinha, e Teixeira (2012), permitiu concluir que a qualidade de vida e o bem-estar psicológico variam em função do IMC. O impacto do peso no bem-estar psicológico é superior para mulheres com obesidade, quando comparadas com mulheres em pré-obesidade.

Em suma, a análise do bem-estar subjetivo e do florescimento no IMC, apesar de escassa na literatura, tem revelado importantes resultados que abrem caminho a uma nova forma de compreensão da problemática da obesidade, contribuindo com novos *insights* acerca dos aspetos cognitivos e emocionais que alimentam o bem-estar. Não obstante das diferentes metodologias utilizadas, das diferentes medidas e populações, clínicas e não clínicas, estes estudos suportam a ideia de que, apesar da heterogeneidade na obesidade, os resultados parecem apontar para um agravamento do bem-estar e do florescimento nesta população, que merecem ser investigados, permitindo modelos de prevenção e na intervenção mais eficazes. Esta possibilidade é suportada, por exemplo, por Palmeira, Branco, Martins, Minderico, Silva, Vieira, Barata, e colegas (2010).

Capítulo 4. Estudo Empírico

4.1. Pertinência do estudo

No senso comum, a representação da associação entre a alimentação e a felicidade não é novidade. É sabido que o nosso cérebro reage positivamente à ingestão alimentar, sendo que a ingestão alimentar tem um impacto significativo no sistema neuronal responsável pelas emoções, capaz de produzir modificações neuronais, hormonais e genéticas (Ferreti *et al.*, 2011; Ribeiro & Santos, 2013; Smith & Berridge, 2007). Mas será a felicidade a mais saudável? Que relações se estabelecem entre o bem-estar e o peso?

A obesidade, considerada a epidemia do século XXI, representa uma das problemáticas com mais custo para a saúde pública, e o seu estudo reveste-se de enorme importância pelas consequências físicas e psicológicas inerentes (Carmo *et al.*, 2008; Van Baal *et al.*, 2008).

As noções de felicidade, bem-estar e florescimento têm vindo a ser amplamente estudadas nos últimos anos, constituindo uma nova perspetiva dentro da psicologia, especialmente na psicologia positiva (Boniwell, 2006; Hefferon & Boniwell, 2011).

A relação entre obesidade, bem-estar subjetivo e florescimento tem sido negligenciada, tanto na literatura internacional, quer na nacional. Os estudos na área têm incidido nas componentes físicas e psicológicas num plano multidimensional, contudo, a escassez de estudos que compara os diferentes grupos de IMC na vertente mais positiva da psicologia, o bem-estar e o florescimento, acresce a necessidade de compreender estas variáveis na população em questão, em especial a população portuguesa. Este estudo é importante, na medida em que, permitir obter um melhor entendimento da relação entre a obesidade, o bem-estar subjetivo e o florescimento, permitindo identificar possíveis diferenças entre as várias categorias de IMC, e contribuir, desta forma para novas formas de prevenção e intervenção.

4.2. Objetivos

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre a satisfação com a vida, componente cognitiva do bem-estar subjetivo, a experiência afetiva positiva e negativa, componente afetiva do bem-estar subjetivo, e o florescimento, em adultos obesos e compará-los com indivíduos normoponderais e com critérios para pré-obesidade, de acordo a tabela da OMS. Como objetivos específicos, o presente estudo pretendeu: (1) analisar as diferenças entre os indivíduos com obesidade e os indivíduos normoponderais e pré-obesidade no que respeita à satisfação com a vida, experiência de afeto positivo e negativo e

florescimento; (2) analisar as relações entre o IMC, satisfação com a vida, experiência de afeto positivo e negativo e florescimento.

4.3. Hipóteses de estudo

De acordo com a literatura supracitada, e tendo em consideração o objetivo do estudo e os objetivos específicos foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1. Os indivíduos com critérios para obesidade apresentam menos satisfação com a vida, experiência afetiva positiva, e florescimento e mais experiência afetiva negativa.

Hipótese 2. Quanto maior o IMC, menor a satisfação com a vida e florescimento, e maior experiência afetiva negativa, sendo o IMC independente da experiência afetiva positiva.

Capítulo 5. Método

5.1. Participantes

A amostra do presente estudo, recolhida sob a técnica de amostragem por conveniência, é constituída por 101 indivíduos adultos, sendo que 38,9% são do género masculino (n=39) e 61,4% do género feminino (n=62), com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ($M=31,67$; $DP=11,285$).

De acordo com os objetivos definidos anteriormente, a amostra foi dividida, posteriormente em três grupos, de acordo com os critérios da OMS para o IMC: o grupo clínico, composto por 31 indivíduos que recorreram ao serviço de endocrinologia de um hospital em Lisboa, sendo que 7 indivíduos do género masculino e 24 indivíduos do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ($M=35,48$; $DP=11,413$), e que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: critérios para diagnóstico de obesidade, em tratamento, com idade igual ou superior a 18 anos, e sem alterações cognitivas que impossibilitassem a compreensão do estudo. Foram excluídos da recolha indivíduos que já haviam realizado cirurgia bariátrica. A amostra não clínica é composta por 43 indivíduos que reúnem critérios para peso normal, com idades iguais ou superiores a 18 anos, sendo que 41,9% são do género masculino (n=18) e 58,1% do género feminino (n=25), e apresentou idades compreendidas entre os 19 e os 57 anos ($M=28,43$; $DP=10,206$), e 27 indivíduos reúnem critérios para pré-obesidade, recolhidos na população geral, com idades iguais ou superiores a 18 anos, sendo que 51,9% pertencem ao género masculino (n=14) e 48,1% ao género feminino (n=13), e apresentou idades compreendidas entre os 18 e os 56 anos ($M=32,48$; $DP=11,650$).

Os quadros seguintes procuram caracterizar amostra em função dos grupos, para as variáveis género, estado civil, religião e etnia.

Quadro 3

Caracterização sociodemográfica da amostra em função dos grupos para as variáveis qualitativas.

	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico				χ^2
	Obesidade		Peso Normal		Pré-obesidade		
	N	%	N	%	N	%	
<i>Género</i>							5,494 NS

	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico				χ^2
	Obesidade		Peso Normal		Pré-obesidade		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Masculino	7	22,6	18	41,9	14	51,9	
Feminino	24	77,4	25	58,1	13	48,1	
<i>Estado Civil</i>							8,370*
Solteiro/a	11	35,5	29	67,4	14	51,9	
Casado/a ou União de Facto	17	54,8	14	32,6	9	33,3	
Divorciado/a ou Separado	3	9,7			4	14,8	
<i>Religião</i>							,881 NS
Sem Religião	8	25,8	15	34,9	7	25,9	
Católica	21	67,7	26	60,5	17	63,0	
Outra	1	3,2	2	4,7	3	11,1	
<i>Etnia</i>							-
Caucasiana	31	100	43	100	27	100	

* $p < .05$

Quadro 4
Caracterização sociodemográfica da amostra em função dos grupos para as variáveis quantitativas.

	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico				F
	Obesidade		Peso Normal		Pré-obesidade		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
<i>Idade</i>	35,48	11,413	28,42	10,206	32,48	11,650	3,830*

	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico				F
	Obesidade		Peso Normal		Pré-obesidade		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Anos de Escolaridade	11,77	3,766	15,02	2,650	13,44	2,953	9,887***

* $p < .05$; *** $p < .001$

Foi obtida uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de grupo e a variável estado civil $\chi^2(2) = 34,594$; $p = .000$. Os grupos também diferiram estatisticamente no que respeita à idade $t(100) = 28,208$; $p = .000$, e nos anos de escolaridade $t(100) = 40,525$; $p = .000$.

5.2. Medidas

Com o intuito de testar as hipóteses formuladas anteriormente, e considerando o cumprimento dos objetivos propostos, foram utilizadas as seguintes medidas:

(a) Para avaliar o peso corporal, de forma a estabelecer uma classificação segundo a OMS, foi utilizado o IMC autorelatado, baseado na fórmula peso, medido em quilogramas, a dividir pela altura, medida em metros, ao quadrado. Os participantes foram divididos em três grupos: os sujeitos com IMC igual ou superior a $18,5 \text{ km/m}^2$ até igual ou menor que $24,9 \text{ km/m}^2$ classificaram-se no grupo com peso normal; os sujeitos com IMC igual ou superior a 25 km/m^2 até igual ou menor que $29,9 \text{ km/m}^2$ foram classificados no grupo com pré-obesidade; os sujeitos com IMC igual ou superior a 30 km/m^2 foram classificados como obesos.

$$\text{IMC} = \text{peso (Kg)} / (\text{altura} \times \text{altura}) \text{ (m)}$$

(b) Para avaliar o bem-estar subjetivo foram utilizadas duas escalas que avaliam, distintamente, a componente cognitiva e a componente emocional. Mais especificamente, e no que respeita à componente cognitiva, foi utilizada a escala de satisfação com a vida (*Satisfaction With Life Scale – SWLS*) (Diener *et al.*, 1985; Pavot & Diener, 1993). Para a componente emocional, foi utilizada a escala de experiência positiva e negativa (*Scale of Positive and Negative Experience – SPANE*), com o intuito de avaliar a experiência da afetividade positiva e negativa (Diener *et al.*, 2010).

(c) Para avaliar o florescimento, foi utilizada a escala de florescimento (*Flourishing Scale – FS*) (Diener *et al.*, 2010).

(d) Os dados sociodemográficos recolhidos incluem o género, a idade, o estado civil, o número de anos de escolaridade, a religião, e a etnia, através de um questionário para esse efeito. O protocolo de avaliação encontra-se no Anexo I.

5.2.1. Escala de Satisfação com a Vida – SWLS

A escala de satisfação com a vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; traduzida por Baptista, 2011) é uma medida amplamente usada para avaliar o bem-estar subjetivo, e é “projetada à volta da ideia de que é necessário questionar aos sujeitos um julgamento global sobre a sua vida de forma a medir o conceito de satisfação com a vida” (Diener *et al.*, 1985, pp. 71-72) – isto significa que, a escala procura avaliar o julgamento subjetivo que os indivíduos constroem sobre a qualidade das suas vidas. Esta componente subjetiva é fundamental no conceito de Diener e colegas (1985), e mais tarde revisto por Pavot e Diener (1993), assim como a avaliação global e não em domínios específicos (Pavot & Diener, 1993). A escala está validada para a população portuguesa por Neto, Barros, e Barros (1990) e, posteriormente, por Simões (1992), revelando boas características psicométricas. Mais recentemente, Laranjeira (2009) realizou uma validação preliminar da escala de satisfação com a vida, revelando, igualmente, boas características psicométricas.

A escala de satisfação com a vida é uma medida de autoavaliação que, na sua versão original, é composta por cinco itens afirmativos de sentido positivo, baseada num formato de resposta tipo *Likert* de 7 pontos, variando de 1 (“totalmente em desacordo”) a 7 (“totalmente de acordo”), cuja amplitude situa-se entre os 5 e os 35 pontos. A escala apresenta uma estrutura unidimensional, que se obtém através da soma dos itens.

No que respeita às qualidades psicométricas, na escala original Diener e colegas (1985) referem uma elevada consistência interna de .87. O teste re-teste, após dois meses, revelou um coeficiente de estabilidade temporal de .82. As correlações inter-item situaram-se entre .57 e .75. Na revisão proposta por Pavot e Diener (1993), os investigadores reforçaram ainda uma forte consistência interna e uma moderada estabilidade temporal.

5.2.2. Escala de Experiência Positiva e Negativa – SPANE

A escala de experiência positiva e negativa (SPANE; Diener, Wirtz, Toz, Kim-Prieto, Choi, Oishi, & Biswas-Diener, 2010; traduzida por Baptista, 2011) é uma medida recente que ambiciona avaliar “os sentimentos subjetivos de bem-estar e mal-estar” (Diener *et al.*, 2010, pp. 145), e como explanado na fundamentação teórica da presente investigação, esta escala avalia a experiência afetiva positiva e a experiência afetiva negativa adequados às investigações de bem-estar. Os investigadores referem ainda que, a par da avaliação dos sentimentos agradáveis e desagradáveis, reflete, ainda, outros estados como o interesse, o *flow*, o envolvimento positivo, e a prazer físico (Diener *et al.*, 2010). A escala está validada para a população portuguesa por Silva e Caetano (2013), que apresentou boas qualidades psicométricas, incluindo validade convergente.

A escala de experiência positiva e negativa é uma medida de autoavaliação que, na sua versão original, é composta por 12 itens, sendo que seis avaliam a experiência afetiva positiva traduzida nos sentimentos positivos e os restantes seis avaliam a experiência afetiva negativa, traduzida em sentimentos negativos. Dentro de cada uma das dimensões, ou seja, experiência afetiva positiva onde se incluem sentimentos positivos ou a experiência afetiva negativa onde se incluem sentimentos negativos, três itens descrevem sentimentos gerais (e.g. positivo, negativo) e os restantes três, sentimentos específicos (e.g. triste, alegre). Os itens baseiam-se num formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos, variando de 1 (“muito raramente ou nunca”) a 5 (“muito frequentemente ou sempre”).

As dimensões são pontuadas separadamente de forma a respeitar a independência e separabilidade das duas dimensões. À dimensão que avalia os sentimentos e experiência positiva (SPANE-P) correspondem os itens 1, 3, 5, 7, 10 e 12, cuja amplitude de resposta varia entre 6 e 30; à dimensão que avalia os sentimentos e experiência negativa (SPANE-N) correspondem os itens 2, 4, 6, 8, 9 e 11, cuja amplitude de resposta varia entre 6 e 30. As duas dimensões podem ser combinadas (SPANE-B), subtraindo as pontuações negativas pelas pontuações positivas, cuja amplitude varia entre -24 e 24. Importa referir que a escala avalia a frequência da experiência positiva e negativa nas últimas quatro semanas que, segundo os investigadores “é suficientemente curta para permitir que o participante recorde a experiências atuais” (pp. 145) “é baseada no período de tempo adequado para evitar tocar apenas no humor a curto-termo” (pp. 146).

No que respeita às qualidades psicométricas, e para a medida total, Diener e colegas (2010) referem uma elevada consistência interna que variou entre .81 e .89. A medida mostrou validade convergente com a PANAS, a SWLS e a Happiness (medida de

Fordyce). Para a SPANE-P, a dimensão explicava 61% da variância dos itens da escala e apresentou correlações inter-item que variam entre .55 a .74. Para a SPANE-N, a dimensão explicava 53% da variância dos itens da escala e apresentou correlações inter-item de .45 a .67. As duas dimensões correlacionaram-se significativamente uma com a outra ($r = -0,60$). O teste re-teste, após um mês, revelou um coeficiente de estabilidade temporal que varia entre .63 e .68 (Diener *et al.*, 2010).

5.2.3. Escala de Florescimento – FS

A escala de florescimento (FS; Diener, Wirtz, Toz, Kim-Prieto, Choi, Oishi, & Biswas-Diener, 2010; traduzido por Baptista, 2011) emerge da necessidade de Diener e colegas (2010) completarem outras medidas de bem-estar subjetivo. Mais especificamente, e sob o signo do florescimento humano, este instrumento avalia o florescimento, na sua vertente psicossocial. Mais especificamente, avalia aspetos do funcionamento humano desde propósito na vida, as relações, sentimentos de competência, autoestima e otimismo. A escala está validada para a população portuguesa por Silva e Caetano (2013) e revelou boas qualidades psicométricas.

A escala de florescimento é uma medida de autoavaliação que, na sua versão original, é composta por oito itens afirmativos de sentido positivo, baseada num formato de resposta tipo *Likert* de 7 pontos, variando de 1 (“discordo fortemente”) a 7 (“concordo fortemente”), cuja amplitude situa-se entre os 8 e os 56 pontos. As pontuações da escala obtêm-se através do somatório total dos itens, sendo que indivíduos pontuam de forma elevada na escala apresentam uma perceção positiva de si próprio nas principais áreas de funcionamento. Os investigadores referem que, muito embora a escala não apresente pontuações individuais para as facetas de bem-estar, permite obter uma visão sobre o funcionamento humano em diversas áreas que se acreditam serem importantes (Diener *et al.*, 2010). Apesar de não indicar dimensões, a escala inclui diversos itens sobre o relacionamento social, como ter relações de suporte e recompensadores, contribuir para a felicidade dos outros, e sentir-se respeitado pelos outros; inclui ainda um item relativamente a sentir que o indivíduo leva uma vida com propósito e significado, e ainda outro item acerca do sentir-se interessado e envolvido nas suas atividades - os investigadores referem ainda que estes itens podem captar sentimentos que dizem respeito a autorrespeito e ao otimismo. Concluindo, a escala inclui um item de sentir-se competente e capaz.

No que concerne às qualidades psicométricas, a escala original, revelou uma consistência interna de .87. O teste re-teste, após um mês, revelou um coeficiente de estabilidade temporal de .71. As correlações inter-item situaram-se entre .57 e .71. A medida ainda apresentou boa validade convergente para as escalas de bem-estar psicológico e para a escala de satisfação com a vida.

5.3. Procedimento

Foi solicitado o pedido de consentimento informado e aplicação de um protocolo de investigação à Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria para a recolha de dados junto dos utentes do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo.

Após a autorização para a aplicação, os dados foram recolhidos entre os meses de Junho, Setembro e Outubro de 2013 para a população clínica, durante as consultas externas de psicologia, anexadas ao serviço de endocrinologia em questão, de forma individual e num só momento para cada participante. A todos os participantes foi solicitada uma autorização assinada que assegurava todas as questões éticas e morais da sua participação e, posteriormente, foi prestado o consentimento informado escrito acerca da pertinência, objetivos, riscos associados, confidencialidade, anonimato do estudo, liberdade de participação, bem como, a ausência de respostas certas ou erradas.

A amostra não clínica foi recolhida na população geral, onde os participantes foram abordados pelo investigador, nos concelhos de Lisboa, Aveiro e Porto, durante os meses de Fevereiro, Março e Abril de 2013. De forma semelhante na população clínica, aos participantes foi prestado, de forma individual, o consentimento informado, de acordo com os parâmetros já supracitados.

Após a explicação das instruções, deu-se início ao preenchimento do protocolo de avaliação, que demorou entre 10 e 20 minutos.

Finalmente, e após a recolha da amostra, procedeu-se à introdução dos dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 para o Windows. Na análise estatística, e para as variáveis em análise não se verificaram de respostas em falta. A análise de variância (ANOVA) foi aplicada na comparação de médias para mais de dois grupos. Este teste foi escolhido devido à sua robustez, mesmo que o pressuposto da normalidade não seja verificado (Marôco, 2010). Para avaliar a associação entre variáveis quantitativas foi utilizado o coeficiente bivariado de *Pearson*. Todos os testes foram realizados para um nível de significância de .05 ($p \leq .05$).

De seguida, irão ser apresentados os resultados obtidos pela presente investigação.

5.4. Resultados

Irão ser apresentados os resultados, de acordo com as hipóteses propostas.

Na estatística inferencial, e para examinar como a satisfação com a vida, a experiência de afetividade positiva e negativa, e o florescimento variavam em função dos grupos de IMC foi efetuada uma ANOVA (ver quadro 5)

Quadro 5

Análise comparativa entre grupos de IMC para a satisfação com a vida, a experiência afetiva positiva e negativa e o florescimento

	Peso Normal (n=43)		Pré-Obesidade (n=27)		Obesidade (n=31)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Satisfação com a vida	23,88	4,97	24,67	4,91	17,71	6,44	13,85***
Exp. afetiva positiva	22,88	3,03	23,63	3,26	19,39	5,10	10,78***
Exp. afetiva negativa	14,44	3,59	13,33	3,13	17,48	4,75	9,27***
Florescimento	40,84	3,52	40,04	3,76	35,55	5,87	15,36***

*** $p < .001$

No que concerne à variável satisfação com a vida, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas entre as categorias de IMC $F(2, 98) = 13,85; p < .001$. Mais especificamente, a comparação múltipla de médias revelou que a satisfação com a vida foi significativamente inferior nos participantes com obesidade ($M = 17,71; DP = 6,44$), quando comparados com os participantes com pré-obesidade ($M = 24,67; DP = 4,91$) e normoponderais ($M = 23,88; DP = 4,97$). No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com pré-obesidade e normoponderais.

A respeito da experiência afetiva positiva os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre as categorias de IMC $F(2, 98) = 10,78; p < .001$. Mais especificamente, a experiência afetiva positiva foi significativamente inferior nos

participantes com obesidade ($M= 19,39$; $DP= 5,10$), comparativamente aos participantes com pré-obesidade ($M= 23,63$; $DP= 3,26$) e normoponderais ($M= 22,88$; $DP= 3,03$). No entanto, e tal como as variáveis anteriores, não se verificou diferenças entre o grupo com pré-obesidade e peso normal.

Em relação à experiência afetiva negativa, diferenças estatisticamente significativas foram encontradas em função das categorias de IMC $F(2, 98) = 9,27$; $p < .001$. A comparação múltipla de médias revelou que a média da experiência afetiva negativa foi significativamente superior nos participantes com critérios para obesidade ($M= 17,48$; $DP= 4,75$), do que no grupo com critérios para pré-obesidade ($M = 13,33$; $DP= 3,13$) e o grupo com critérios para peso normal ($M = 14,44$; $DP= 3,59$), não se encontrando diferenças de experiência afetiva negativa entre o grupo com critérios para pré-obesidade e o grupo com critérios para peso normal.

No que respeita ao florescimento, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as categorias de IMC $F(2, 98) = 15,36$; $p < .001$. A comparação múltipla de médias, através do teste de *Games-Howell*, revelou que, a média de florescimento foi significativamente inferior nos participantes com critérios para obesidade ($M= 35,55$; $DP= 5,87$), do que no grupo com critérios pré-obesidade ($M= 40,04$; $DP= 3,76$) e no grupo com critérios para peso normal ($M= 40,84$; $DP= 3,52$). Não foram encontradas diferenças significativas entre os indivíduos com pré-obesidade e os indivíduos normoponderais.

Com o objetivo de avaliar como o IMC, a satisfação com vida, a experiência afetiva, positiva e negativa, o florescimento se associavam foi realizada matriz de correlações bivariadas através do coeficiente de correlação de *Pearson* (quadro 6).

Quadro 6

Correlações bivariadas entre o IMC, a satisfação com vida, a experiência afetiva positiva e negativa, e o florescimento

	IMC	Satisfação com a vida	Exp. afetiva positiva	Exp. afetiva negativa	Florescimento
IMC	-				
Satisfação com a vida	-.512***	-			
Exp. afetiva	-.417***	.647***	-		

	IMC	Satisfação com a vida	Exp. afetiva positiva	Exp. afetiva negativa	Florescimento
positiva					
Exp. afetiva negativa	.356***	-.471***	-.665***	-	
Florescimento	-.514***	.666***	.638***	-.517***	-

*** $p < .01$; *** (teste bicaudal)

Foi verificado que o IMC estava moderadamente e de forma negativa e significativa correlacionado com a satisfação com a vida ($r = -.512$; $p < .001$), com a experiência afetiva positiva ($r = -.417$; $p < .001$), correlacionado moderadamente de forma significativa e positiva com a experiência afetiva negativa ($r = .356$; $p < .001$) e correlacionado de forma significativa e negativa com o florescimento ($r = -.514$; $p < .001$).

Para a satisfação com a vida, verificou-se que estava correlacionada de forma significativa e positiva com a experiência afetiva positiva ($r = .647$; $p < .001$) e correlacionado de forma significativa e negativa com a experiência afetiva negativa ($r = -.471$; $p < .001$), e correlacionou-se, ainda, de forma significativa e positiva com o florescimento ($r = .666$; $p < .001$).

Com era expectável, a experiência afetiva positiva estava associada de forma significativa e negativa com a experiência afetiva negativa ($r = -.665$; $p < .001$) e de forma significativa e positiva com o florescimento ($r = .638$; $p < .001$).

Verificou-se igualmente que, a experiência afetiva negativa estava correlacionada de forma significativa e negativa com o florescimento ($r = -.517$; $p < .001$).

Capítulo 6. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo compreender a relação entre a satisfação com a vida, componente cognitiva do bem-estar subjetivo, a experiência afetiva positiva e negativa, componente emocional do bem-estar subjetivo, e o florescimento, em adultos obesos compará-los com indivíduos normoponderais e pré-obesidade, segundo a tabela da OMS.

Mais especificamente, pretendeu-se analisar as diferenças entre os indivíduos com obesidade e os indivíduos normoponderais e pré-obesidade no que respeita à satisfação com a vida, experiência afetiva positiva e negativa e florescimento. Mais ainda, verificou-se as relações entre IMC e satisfação com a vida, experiência de afeto positivo e negativo e florescimento.

Tendo em consideração os resultados obtidos e os objetivos supracitados propomos uma análise reflexiva da relação entre o IMC, o bem-estar subjetivo e o florescimento.

No que diz respeito à hipótese 1, era esperado que os indivíduos com critérios para obesidade apresentam menos satisfação com a vida, experiência afetiva positiva, e florescimento e mais experiência afetiva negativa. A hipótese parece confirmar-se.

De facto, e no que concerne à satisfação com a vida, os resultados obtidos pelas comparações entre os grupos para o autorrelato satisfação com a vida mostraram que, em comparação com os indivíduos com peso normal e indivíduos em pré-obesidade, o grupo com critérios para obesidade relatou menos satisfação com a vida, o que parece ir ao encontro dos estudos de Han e colegas (1998), Kolotkin e colegas (2002), Hassan e colegas (2003), Asthana e colegas (2010), Linna e colegas (2012) e Böckerman e colegas (2013). De facto, para todos os estudos revistos, e independentemente das medidas utilizadas, quer na avaliação da satisfação com a vida, quer no peso corporal, os resultados são consistentes ao reforçarem a diminuição da satisfação subjetiva que o indivíduo atribui à sua vida na categoria da obesidade, quando comparada com os restantes grupos de IMC. Sob o signo dos pressupostos teóricos do bem-estar subjetivo, a avaliação cognitiva e subjetiva da vida refere-se à perspetiva a longo-prazo que o indivíduo atribui às suas experiências atuais e passadas, às aspirações de concretização dos objetivos e à comparação que o indivíduo estabelece entre a sua vida, e a vida dos significantes para si (Diener, 2009). Mais ainda, de acordo com Van Praag e colegas (2003) o indivíduo avalia a sua vida tendo em conta os domínios de saúde, trabalho, relações sociais, e outras variáveis que o indivíduo considere importantes. Neste sentido, e de acordo com os resultados, os indivíduos com obesidade

apresentam um balanço negativo na avaliação as suas experiências atuais e passadas, na possibilidade de concretizar objetivos e comparativamente a elementos significativos para si, quando comparados aos indivíduos com peso normal ou pré-obesidade. Uma vez que a avaliação da satisfação com a vida depende do peso que o indivíduo atribui aos diversos domínios, como a saúde, o trabalho, as relações sociais (Van Praag *et al.*, 2003), é possível que os indivíduos se avaliem negativamente nestas áreas. A justificar estão os estudos que associam a obesidade aos riscos da morbilidade e mortalidade (e.g., Bellanger & Bray, 2005; Formiguera & Cantón, 2004; Zheng *et al.*, 2013), e que podem contribuir para a explicação do detrimento na avaliação do domínio da saúde. A título de exemplo, e para as dimensões do trabalho e relações sociais, a literatura indica que os obesos têm maior probabilidade de serem estigmatizados e discriminados no local de trabalho, em *settings* sociais, escolares, e até nas interações com os profissionais de saúde (e.g., Falkner *et al.*, 1999; Pulh & Brownell, 2001; Wang *et al.*, 2004; Roehling *et al.*, 2004), sugerindo uma maior probabilidade de comprometimento nestas áreas, que, mais uma vez, poderão justificar as diferenças em termos de médias de satisfação com a vida. A discriminação e até a relação familiar são variáveis importantes nas delimitações da obesidade, à luz dos resultados encontrados por Carr e colegas (2007).

A par disto, é importante referir que, na amostra em questão, os indivíduos em pré-obesidade apresentaram médias superiores para a satisfação com a vida. Este resultado vai ao encontro dos resultados do estudo de Ventegodt (1995, cit. *in* Veenhoven, 2008) e Linna e colegas (2013), que demonstraram valores de satisfação com a vida superiores na categoria de pré-obesidade, independentemente do género, e mesmo controlando a variável modificadora do estudo, as perturbações alimentares. No entanto, esta análise não foi suportada por Jia e Lubetkin (2005), que verificaram que, apesar de haver uma diferença significativa entre o grupo de obesidade e os restantes grupos de IMC, os indivíduos na categoria de pré-obesidade apresentavam uma menor qualidade de vida relacionada com a saúde comparativamente aos indivíduos com peso normal. A perspetiva de que os indivíduos em pré-obesidade estejam subjetivamente mais satisfeitos com as suas vidas do que os restantes grupos, pode ser explicada pelo facto do IMC não diferenciar entre músculo e gordura, o que poderá significar que um indivíduo que se situe nesta categoria não tenha, necessariamente, excesso de tecido adiposo (Linna *et al.*, 2013). Mais ainda, Linna e colegas (2013) sugerem que, outra possível explicação é a exposição a um ambiente obesogénico e aos fatores inerentes que contribuem e promovem o ganho de peso – isto significa que,

manter o peso normal neste ambiente pode ser mais desorganizador para o indivíduo, do que permitir-se a si mesmo ganhar algum peso e, desta forma, apresentar mais bem-estar subjetivo.

No que respeita à experiência afetiva positiva, os resultados obtidos pelas comparações entre o grupo clínico e o grupo não clínico para os autorrelatos de experiência afetiva positiva mostraram que, em comparação com o grupo não clínico, o grupo clínico relatou menos experiência afetiva positiva, suportada, em parte, pelo estudo de Carr e colegas (2007). Como apontado anteriormente, os resultados do estudo de Carr e colegas (2007) demonstram médias de afeto positivo mais baixas para os indivíduos com obesidade, comparativamente aos restantes grupos de IMC, no entanto, as diferenças comparativas não eram significativas, contrariando a significância encontrada no presente estudo. Justificando, os investigadores apontam algumas limitações, que podem fornecer um explicação para as diferenças encontradas. Mais especificamente, o painel amostral utilizado, datado de 1995, foi filtrado a partir de uma base de dados de um estudo que não foi desenhado, especificamente, para medir as relações entre o peso corporal e o afeto, o que pode condicionar a interpretação dos resultados, já que a medida utilizada para avaliar o afeto positivo e negativo resultou de uma combinação de itens de escalas já validadas, desenhados em específico para este estudo. No presente estudo, na avaliação do afeto, utilizou uma medida de frequência de sentimentos positivos e negativos, que difere da medida utilizada pelo estudo supracitado, já que a medida do presente estudo foi construída com o intuito de colmatar a inexistência de uma medida de afeto que se relacionasse com os constructos de bem-estar (Diener *et al.*, 2009). Ainda, a medida utilizada por Carr e colegas (2007) para avaliar o afeto positivo e o afeto negativo resultou de uma combinação de escalas já validadas, no entanto, foi especificamente criada para o estudo, e não tem propriedades psicométricas válidas, em dissonância com a escala de Diener e colegas (2010) utilizada no presente estudo. Neste seguimento, e em consonância com Diener e colegas (2010), a escala do presente estudo avalia sentimentos mais gerais como «agradável», que possibilitam ao participante identificar-se mais facilmente com emoções abrangentes, do que com emoções mais direcionadas. Ou seja, na perspetiva dos investigadores, algumas escalas podem ocultar indivíduos positivos, uma vez que podem pontuar de forma intermédia pela especificidade de sentimentos avaliados, que impossibilita que façam ressonância no próprio participante. Desta forma, e relacionando-se com o bem-estar, a

significância verificada pelos resultados do presente estudo pode dever-se à utilização de uma medida de experiência afetiva que avalia sentimentos mais abrangentes, permitindo diferenciar os indivíduos que, provavelmente, haviam sido categorizados num nível intermédio de afeto positivo, além das qualidades psicométricas inerentes e validadas. É possível que no estudo de Carr e colegas (2007) os indivíduos com peso normal e pré-obesidade pudessem ter pontuado níveis intermédios de afeto positivo, não se verificando diferenças entre os grupos, além de que não foi possível aferir as propriedades psicométricas da medida.

Na experiência afetiva negativa os resultados obtidos pelas comparações entre os grupos para o autorrelato de experiência afetiva negativa mostraram que, em comparação com os indivíduos com peso normal e indivíduos em pré-obesidade, o grupo com critérios para obesidade relatou mais experiência afetiva negativa, o que vai ao encontro dos estudos de Carr e colegas (2007) e Pasco e colegas (2013).

A hipótese poderá ser justificada à luz da relação próxima entre obesidade e as perturbações do humor, que frequentemente associam-se ao humor ou afeto negativo. De facto, a literatura tem demonstrado que os obesos apresentam diferenças na probabilidade de sofrer de uma perturbação do humor comparativamente aos sujeitos não obesos, refletindo-se nos valores de afeto negativo (e.g., Faith *et al.*, 2002; Dong *et al.*, 2004; Faith *et al.*, 2004; Heo *et al.*, 2006).

Concluindo, e de acordo com os resultados encontrados pelas comparações entre os grupos, verificou-se que os obesos apresentam menos bem-estar subjetivo comparativamente aos indivíduos com peso normal ou pré-obesidade. Na determinação subjetiva da satisfação com a sua vida, o indivíduo estabelece essa avaliação de acordo com as suas experiências afetivas positivas e negativas (Kahneman *et al.*, 1999) estabelecendo uma balança hedónica mais ou menos positiva, onde estes conceitos se cruzam e permitem uma ponte entre o conhecimento cognitivo e emocional do bem-estar subjetivo. Todos os resultados encontrados para a hipótese de bem-estar subjetivo estão de acordo com o proposto pela teoria, que ao verificar esta interligação de conceitos, propõe que um indivíduo que avalie negativamente a sua vida, tenha em conta que as experiências negativas sejam superiores às experiências positivas – como referem Diener e colegas (1985), nos debates acerca da frequência, quanto mais frequente é a experiência de afeto positivo, menos frequente é a experiência de afeto negativo.

Já no que se refere ao florescimento, os resultados obtidos pelas comparações entre os grupos para o autorrelato de florescimento mostraram que, em comparação com os indivíduos com peso normal e indivíduos em pré-obesidade, o grupo com critérios para obesidade relatou menos florescimento. Os resultados são suportados pelos estudos de Viner e colegas (2006), Doll e colegas (2000), Ogbeide e colegas (2000), Ali e Lindström (2005), Kelloniemi e colegas (2005), que referem que os indivíduos com obesidade apresentam maior comprometimento emocional e psicológico. De acordo com os pressupostos teóricos, o florescimento é uma combinação de aspetos hedônicos e eudaimônicos, que se cruzam entre o sentir-se bem e o funcionamento ótimo, e está intimamente relacionado com a saúde mental (Keyes, 2005). Esta proximidade do florescimento ao bem-estar mental e saúde mental (Keyes *et al.*, 2010; Huppert, 2009 a, b; Keyes, 2002; Ryff & Singer, 1998) pode justificar em parte este resultado, já que, de acordo com a literatura, os indivíduos obesos apresentam maior comprometimento em termos de saúde mental. Mais especificamente, a literatura tem demonstrado que os indivíduos com obesidade apresentam maior comprometimento psicológico (e.g., Scott *et al.*, 2008; Laliberte, 2007; Petry *et al.*, 2008), reportando valores superiores para, por exemplo as perturbações alimentares (e.g., Specker *et al.*, 1994; Wadden *et al.*, 1993; de Zwaan 2001), perturbações do humor, como explanado anteriormente (e.g., Faith *et al.*, 2002; Dong *et al.*, 2004; Faith *et al.*, 2004; Heo *et al.*, 2006), e ainda pontua em algumas perturbações da personalidade (e.g., Sunson *et al.*, 2000; Sutin *et al.*, 2011).

A par disso, e de acordo com Hupper e So (2013), os indivíduos que estão a florescer apresentam uma experiência de vida positiva e um funcionamento psicossocial positivo. Por um lado, e de acordo com os resultados encontrados no presente estudo através da comparação entre os grupos de IMC, os indivíduos com obesidade apresentaram uma experiência de vida menos positiva, isto é, apresentaram menos satisfação com a vida e menos experiência de sentimentos positivos, e portanto, corroboram, em parte os resultados para as comparações no florescimento. Esta suposição é suportada por Keyes (2005), que refere que para um indivíduo florescer é necessário estar satisfeito com a sua vida, e apresentar uma elevada experiência de afeto positivo. A par disto, e no mesmo seguimento, um funcionamento psicossocial positivo, e da perspectiva de Diener e colegas (2009; 2010) é suportado pelos conceitos de envolvimento e interesse, otimismo, sentir-se respeitado pelo outros, levar uma vida com significado, contribuir para o bem-estar dos outros, e a

autoaceitação, muito próxima da autoestima. Desta ótica e tendo em conta a literatura, os indivíduos com obesidade experienciam, frequentemente, dificuldades sociais e psicológicas, como ansiedade social (Asthana & Gupta, 1999, cit. in Asthana *et al.*, 2010), baixa autoestima (Barnow, Bernheim, Schroder, Lauffer, Fush, & Freyberger, 2003, cit. in Asthana *et al.*, 2010), estigma e discriminação social (Friedman, 2002, cit. in Asthana *et al.*, 2010; Carr *et al.*, 2007), e até diferenças no otimismo (Kelloniemi *et al.*, 2005), importantes nesta comparação para o florescimento, que podem justificar os resultados obtidos.

Concluindo, e pelas palavras de Silva e Caetano (2013), a propósito da medida de bem-estar psicológico de Diener e colegas (2010), “combinar esta escala com outras escalas de bem-estar subjetivo poderá oferecer um melhor entendimento do fenómeno multidimensional que é o bem-estar” (pp. 470). Neste seguimento, e tendo em conta os resultados encontrados para este estudo, verificou-se que para o conceito do bem-estar, os indivíduos com obesidade apresentaram valores inferiores quando comparados com os outros grupos de IMC neste estudo.

Desta ótica, os resultados demonstram que o baixo bem-estar nos obesos poderá dever-se à diferença nas reações cognitivas e emocionais ao ambiente, quando comparados com os não obesos

No que diz respeito à hipótese 2, era esperado que quanto maior o IMC, menor a satisfação com a vida e florescimento, e maior experiência afetiva negativa, sendo o IMC independente da experiência afetiva positiva. A hipótese confirma-se parcialmente.

No que concerne à satisfação com a vida, os resultados obtidos pela análise da relação entre o IMC e a satisfação com a vida mostraram que, os indivíduos com maior IMC apresentaram menor satisfação com a vida. Estes resultados estiveram em concordância com os obtidos por Katsaiti (2012), Böckerman e colegas (2013), Kolotkin e colegas (1995), Hassan e colegas (2003) e Jia e Libetkin (2005), que independentemente da medida utilizada para avaliar cognitivamente a vida, demonstraram que um IMC maior se associou a uma menor satisfação com a vida. No entanto, é importante ressaltar, que a associação não é linear como sugerem alguns investigadores (e.g., Fontaine, Bartlett, & Barofsky; Jia & Libetkin, 2005). De facto, para uma cuidada compreensão da relação da satisfação com a vida com o IMC, é necessário compreender que, no que diz respeito à obesidade, ela não se

relaciona apenas com o peso corporal, e muitas vezes, coexiste com outras doenças, conseqüentes desta condição, e que poderão agravar esta relação (e.g., Mond & Baune, 2009; Nguyen *et al.*, 2011). Mais ainda, Wiczinski e colegas (2009) só verificaram esta relação para os homens, no entanto, verificaram que o suporte social era uma variável moderadora na associação entre obesidade e qualidade de vida. A par disto, e de acordo com Böckerman e colegas (2013) poderão contribuir para esta relação a percepção da gravidade da doença, importante nesta análise, já que e de acordo com Soares e Silva (2011), os indivíduos que procuram tratamento para a obesidade, e em especial em contexto hospitalar, sugerem a existência de um agravamento no estado de saúde resultantes desta condição clínica.

Referente à experiência afetiva positiva, os resultados obtidos pela análise da relação entre o IMC e a experiência afetiva positiva mostraram que, os indivíduos com maior IMC apresentaram menor experiência afetiva positiva. Por outras palavras, um IMC superior associou-se a uma menor experiência afetiva positiva. As variáveis encontra-se relacionadas, confrontando os resultados obtidos por Carr e colegas (2007) e Pasco e colegas (2013), que referem que o IMC não se relaciona com o afeto positivo. A relação verificada neste estudo significa que, de alguma forma, não só a experiência de afeto negativo contribui para a associação com o peso corporal, como a experiência de afeto positivo. Uma possível explicação para a relação negativa entre estas variáveis, pode dever-se às associações do afeto positivo com os relatos de saúde que, de uma forma geral, referem que a uma menor experiência de afeto positivo associa-se a uma deterioração física e mental (e.g., Cohen *et al.*, 2003; Cohen & Pressman, 2006; Hu & Gruber, 2008; Pressman & Cohen, 2005). Neste seguimento, e tendo em conta que a obesidade apresenta maior comprometimento ao nível da saúde física (e.g., Mond & Baune, 2009; Nguyen *et al.*, 2011), o resultado encontrado para este estudo poderá dever-se ao comprometimento físico e psicológico dos obesos que, se relaciona, com uma menor experiência afetiva positiva. No entanto, é relevante referir que, o comprometimento físico não foi avaliado na amostra deste estudo, e portanto, não é possível confirmar se esta relação é linear, devido às variáveis que poderão justificar esta relação e que não foram analisadas. Não obstante, as hipóteses das comparações de médias do presente estudo demonstraram maior comprometimento psicológico na obesidade. Desta forma, torna-se relevante que os futuros estudos invistam nesta relação que até agora não havia demonstrado significância, e sobretudo pretendam

verificar que variáveis a moderam, tendo em conta a utilização de medidas validadas cientificamente.

Para a experiência afetiva negativa, os resultados obtidos pela análise da relação entre o IMC e a experiência afetiva negativa mostraram que, os indivíduos com maior IMC apresentaram maior experiência afetiva negativa. Por outras palavras, um IMC superior associou-se a uma maior experiência afetiva negativa. Os resultados obtidos encontram-se em consonância com os estudos de Carr e colegas (2007) e Pasco e colegas (2013), que referem que o IMC relaciona-se com o afeto negativo. No entanto, e mais uma vez, não é possível confirmar a linearidade da relação, uma vez que, segundo Carr e colegas (2007), “quando nós controlamos para potenciais variáveis que podem contribuir para esta relação entre o peso o afeto – como uma saúde física empobrecida, o comprometimento na capacidade funcional, a discriminação interpessoal, e as relações problemáticas com os membros da família – os efeitos da obesidade atenuaram” (pp. 173), sugerindo que o peso por si só pode não condicionar o estado afetivo. Isto significa que, os mecanismos psicossociais estudados no estudo supra citado tinham um impacto significativo na mediação do peso corporal e do humor, ou seja, o comprometimento funcional, a discriminação interpessoal, e a saúde física atenuavam esta relação.

Concluindo, de alguma forma, as associações que dizem respeito ao afeto parecem ser relevantes para o peso corporal, muito embora as variáveis que poderão moderar esta relação não tenham sido avaliadas. No entanto, da combinação dos resultados do presente estudo com o que sugere a literatura, é possível que, melhorando não só a experiência de afeto negativo e a experiência de afeto positivo, bem como as condições psicossociais que se relacionam com o afeto, nos indivíduos com obesidade, poderá ser fundamental para a manutenção do impacto público na saúde desta doença crónica (Carr *et al.*, 2007). Mais ainda, e tendo em conta as questões da mortalidade associadas à população obesa (Flegal *et al.*, 2013), o afeto positivo e o afeto negativo são preditores da qualidade de vida, sendo o último preditor da saúde física e mental (Vilhena *et al.*, 2014), a componente emocional do bem-estar subjetivo reveste-se de enorme importância na equação das questões da saúde, e consequentemente nas investigações para a obesidade.

Já no florescimento, os resultados obtidos pela análise da relação entre o IMC e o florescimento mostraram que, os indivíduos com maior IMC apresentaram menor

florescimento. Por outras palavras, um IMC superior associou-se a um baixo florescimento. Os resultados obtidos encontram-se em consonância com os estudos de Doll e colegas (2000), Carr e Friedman (2005), Corica e colegas (2008), Vieira e colegas (2010), Sutin (2013), e parcialmente por Ogbeide e colegas (2010) que só verificaram esta associação para os homens. A relação entre IMC e o florescimento reveste-se de enorme importância para a análise, uma vez que a literatura tem demonstrado que, elevados níveis de bem-estar estão associados a uma panóplia de comportamentos positivos, tais como, capacidade para ser produtivo e criativo, fomentar relacionamentos positivos, bem como facilidade nos comportamentos pró-sociais, e especialmente, associando-se, igualmente, à saúde e ao aumento da esperança média de vida (e.g., Chida & Septoe, 2008; Huppert, 2009b; Lyubomirsky *et al.*, 2005).

Limitações e sugestões para futuros estudos

Apesar da relevância dos resultados obtidos pelo presente estudo, que contribuíram para o *insight* acerca das relações que estabelecem entre a obesidade e o bem-estar, foi possível observar algumas limitações que devem importar aquando da análise dos resultados, e que servirão de sugestão para estudos futuros.

A medida utilizada para categorizar os indivíduos com obesidade, pré-obesidade e peso normal foi o IMC autorelatado que, muito embora haja uma correlação significativa com o IMC direto ou medido (Fonseca, *et al.*, 2004; Santos, *et al.*, 2009; Sutin, 2013), alguns investigadores apontam para um reporte de peso subestimado (e.g., Basterra-Gontari *et al.*, 2007; Chau *et al.*, 2013; Clemente *et al.*, 2004; Fonseca *et al.*, 2004, Wada *et al.*, 2005) e altura sobrestimada (e.g., Basterra-Gontari *et al.*, 2007; Clemente *et al.*, 2004; Fonseca *et al.*, 2004, Wada *et al.*, 2005), que poderá ter condicionado a classificação das categorias. Poderão ainda estar classificados com pré-obesidade indivíduos que possuam uma maior percentagem de massa muscular, uma vez que o IMC não faz distinção entre massa gorda e massa magra (WHO, 1995). Por outro lado, o estudo não é longitudinal, e neste sentido não é possível tirar conclusões a longo prazo, e desta forma, é sugerido que futuros estudos avaliem estas variáveis, nesta população, no decorrer de um longo período de tempo.

A par disto, a recolha da população obesa foi realizada em ambiente hospitalar e com população em tratamento para a obesidade, o que poderá ter agravado a perceção da severidade da doença, e portanto condicionado a interpretação dos resultados, como referem

Soares e Silva (2011), que sugerem um agravamento do estado de saúde nestes doentes, especialmente os que recorrem a cirurgia bariátrica (Sarvwer *et al.*, 2005). Da mesma forma, não foi avaliado o tempo de diagnóstico, que, mais uma vez, poderá condicionar a interpretação dos resultados (Vilhena *et al.*, 2014), dado que os indivíduos que possuem um diagnóstico há mais tempo poderão ter uma perceção de severidade física e psicológica diferente, comparativamente aos indivíduos que possuem um diagnóstico há menos tempo. A par disto, e dentro da mesma ótica, não foram categorizados os vários subgrupos de obesidade, que no seu perfilhamento apresentam comprometimentos diferentes, como referem os estudos de Kolotkin e colegas (2002), e Linna e colegas (2013). As comparações de género não foram possíveis na amostra devido à disparidade entre os homens e as mulheres neste estudo, e portanto, seriam relevantes, na medida em que a maioria dos estudos analisados refere diferenças de género no comprometimento físico e psicológico entre os géneros (e.g., Carr & Friedman, 2005; Kolotkin *et al.*, 2002; Kolotkin *et al.*, 2005; Ogbeide *et al.*, 2010; Vieira *et al.*, 2012; Wickzinki *et al.*, 2009). Não apenas o género, mas algumas variáveis sociodemográficas são relevantes no estudo do bem-estar, como o rendimento (e.g., Sengupta *et al.*, 2012; Oishi *et al.*, 2011), ou a conjugalidade (e.g., Helliwell *et al.*, 2010), ou ainda variáveis sociodemográficas importantes no estudo da obesidade (e.g., Devaux *et al.*, 2011).

Mais ainda, não foi avaliada a presença de outras doenças crónicas, a perceção da intrusão corporal, ou a ausência de funcionalidade, fatores importantes na moderação da relação entre as variáveis em estudo (e.g., Böckerman *et al.*, 2013; Carr *et al.*, 2007; Doll *et al.*, 2000). O papel das perturbações alimentares é também relevante, especialmente nos estudos de perturbação da ingestão alimentar compulsiva onde, os indivíduos obesos com esta perturbação apresentavam um perfil psicopatológico agravado (e.g., Fadiño *et al.*, 2010; Linde *et al.*, 2004). De entre outras variáveis, a perceção da imagem corporal e a satisfação com a imagem corporal podem igualmente contribuir para a relação entre a obesidade e o humor (e.g., Friedman *et al.*, 2002; Wardle & Cooke, 2005).

Neste sentido, e como sugestão para futuros estudos, dever-se-ão incluir avaliações às condições físicas inerentes à obesidade, a perceção da severidade da doença, o tempo de diagnóstico. A par disto, seria importante incluir subgrupos de obesidade e comparações entre géneros e outras variáveis sociodemográficas, uma vez que poderão acrescentar relevância à investigação. As perturbações do comportamento alimentar e ainda outras

variáveis que se associam à obesidade, como a imagem corporal, devem ser tidas em conta como variáveis moderadoras.

Em suma, poder-se-á concluir que, a avaliação dos processos cognitivos e emocionais inerente ao bem-estar subjetivo e os conceitos intrínsecos ao florescimento, podem contribuir para a compreensão dos fundamentos psicológicos da obesidade, e consequentemente, abrir uma nova possibilidade de incluir nos modelos de prevenção e intervenção, reconhecendo que uma abordagem preventiva eficaz deve incluir os fatores protetores e moderadores desta doença crónica.

Conclusão

Em consonância com os dados existentes num plano internacional, a obesidade, considerada a epidemia do século XXI, tem sido priorizada nas investigações da saúde, justificadas, por um lado, pelos custos para a saúde pública, que acarretam consequências ao nível individual, familiar, e social, e, por outro lado, pela inevitabilidade da doença. Neste sentido, o estudo dos processos cognitivos, emocionais e psicológicos do bem-estar revestem-se de enorme importância para esta patologia, na medida em que poderão contribuir para a compreensão da relação que se estabelece nestas variáveis e, desta forma, promover alterações importantes nas ferramentas preventivas e interventivas já formuladas, com o intuito de promover o funcionamento psicológico na obesidade.

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciaram que, em comparação com o grupo de peso normal e pré-obesidade, no grupo que preenchia os critérios para o diagnóstico de obesidade foram observadas evidências de um agravamento em todas as matérias avaliadas, referentes ao bem-estar subjetivo e ao florescimento, indicando, desta forma, um comprometimento psicológico na obesidade. O estudo das associações entre as variáveis evidenciou que o aumento do peso corporal afetava a satisfação com a vida, a experiência afetiva positiva, e o florescimento, e potenciava a experiência afetiva negativa. Muito embora não tenha sido objeto de estudo, verificou-se que, as variáveis satisfação com a vida associavam-se positivamente à experiência de afetividade positiva e ao florescimento, e negativamente à experiência de afetividade negativa. Mais ainda, a experiência afetiva positiva associou-se negativamente à experiência de afetividade negativa, enquanto que o florescimento associou-se positivamente à satisfação com a vida e à experiência de afetividade positiva, e negativamente à experiência de afetividade negativa. Não obstante, importa referir que poderão coexistir nestas relações variáveis moderadores e mediadoras.

Deste modo, e muito embora o presente estudo apresente algumas limitações, esperamos, dada a escassez de investigações que se debruçaram nestes conceitos mais positivos da psicologia nesta problemática que é a obesidade, que os resultados representem uma mais-valia na compreensão da contribuição dos processos cognitivos e emocionais emergentes do bem-estar subjetivo e dos processos psicossociais inerentes ao florescimento, na obesidade, e desta forma, contribuir para o conhecimento teórico neste âmbito e, posteriormente, para a inclusão destes conceitos nas estratégias de prevenção e intervenção. Os clínicos e profissionais de saúde deverão expandir o seu focus de intervenção, e incluir

estratégias de além da simples manutenção de peso, de forma a promover o bem-estar nesta população.

De facto, e sumarizando, a felicidade a mais não poderá ser considerada saudável, e poderá suscitar o interesse na comunidade científica para encontrar um ponto de equilíbrio entre a busca incessante pela felicidade. Não é possível, no entanto, concluir que o peso, por si só tenha não ter um impacto preponderante no bem-estar, uma vez que estão associadas condições físicas e psicológicas que lhe poderão atenuar esta relação. Desta forma, torna-se fulcral avaliar não só o papel do peso corporal, mas também as interações com outras variáveis, a fim de melhorar a compreensão das estratégias de intervenção e promover eficazmente a perda de peso a longo prazo.

Bibliografia

- Abbey, A. & Andrews, F. M. (1985). Modeling the psychological determinants of life-quality. *Social Indicators Research*, 16, 1-34. doi: 10.1007/BF00317657.
- Adams, K. F., Schatzkin, A., Harris, T. B., Kipnis, V., Mouw, T., Ballard-Barbash, R., Hollenbeck, A., et al. (2006). Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *New England Journal of Medicine*, 355, 763-778. doi: 10.1056/NEJMoa055643.
- Ali, S. M. & Lindström, M (2005). Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: Differing patterns for underweight and overweight/obesity. *European Journal of Public Health*, 16, 324-330. doi: 10.1093/eurpub/cki187.
- Almeida, O. P., Calver, J., Hankey, G. J., & Flicker, L. (2009). Obesity and metabolic syndrome increase the risk of incident depression in older men: The health in men study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 889-898. doi:10.1097/JGP.0b013e3181b047e3.
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1974). Developing measures of perceived life quality: Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1-26. doi: 10.1007/BF00286419.
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: American's perception of life quality*. New York: Plenum Press.
- Ardelt, M. (2003). Effects on religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes toward death. *Journal of Religious Gerontology*, 14, 55-77. doi: 10.1300/J078v14n04_04.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage.
- Barry, D., Pietrzak, R. H., & Petry, N. M. (2008). Gender differences between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Annals of Epidemiology*, 18, 458-466. doi: 10.1016/j.annepidem.2007.12.009.
- Bartels, M. & Boomsma, D. I. (2009). Born to be happy? The etiology of subjective well-being. *Behaviour & Genetics*, 39, 605-615. doi: 10.1007/510519-009-9294-8.
- Basterra-Gortari, F. J., Bas-Rastrollo, M., Forga, L. I., Martínez, J. A., & Martínez-

- Gonzalez, M. A. (2007). Validación del índice de masa corporal auto-referido en la Encuesta Nacional de Salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 373-381. doi: 10.4321/S1137-66272007000500006.
- Bates, J. (2000). Temperament as an emotion construct: Theoretical and practical issues. In M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2nd ed., pp.382-396). New York. Guilford Press.
- Bellanger, T. M. & Bray, C. A. (2005). Obesity related morbidity and mortality. *Journal of Louisiana State Medical Society*, 157 (1), 42-49. Retirado de <http://europepmc.org/full/med/15751909>.
- Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1999). Self-assessments of health: What do people know that predicts their mortality? *Research on Aging*, 21, 477-500. doi: 10.1177/0164027599213007.
- Berthoud, H. R. (2006). Homeostatic and non-homeostatic pathways involved in the control of food intake and energy balance. *Obesity Research*, 14, 197S-200S. doi: 10.1038/oby.2006.308.
- Biswas-Diener, R. & Diener, E. (2001). Making the best of a bad situation: Satisfaction in the slums of Calcutta. *Social Indicators Research*, 55, 329-352. doi: 10.1023/A:1010905029386.
- Blakely, T. A., Collings, S. C. D., & Atkinson, J. (2003). Unemployment and suicide: Evidence for a casual association? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, 594-600. Doi: 10.1136/jech.57.
- Bökerman, P., Johansson, E., Saarni, S. I., & Saarni, S. E. (2013). The negative association of obesity with subjective well-being: Is all about health?. *Journal of Happiness Studies*, s/ volume, s/ página. doi: 10.1007/s10902-013-9453-8
- Bolier, L., Haverman, M., Weterhof, G. J., Ripper, H., Smit, G., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 8, 119-139. doi: 10.1186/1471-2458-13-119.
- Boniwell, I. (2006). *Positive Psychology in a Nutshell: A Balanced Introduction to the Science of Optima Functioning*. London: PWBC.
- Booth, K. M., Pinkston, M. M., & Poston, W. S. C. (2005). Obesity and the built environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 110-117. doi:10.1016/j.jada.2005.02.045.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.

- Bradburn, N. M. & Caplovitz, D. (1965). *Reports on happiness: A pilot study of behavior related to mental health*. Chicago: Aldine.
- Brickman, P. & Campbell, D. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Appley (Ed.), *Adaptation Level Theory: A Symposium* (pp. 287–302). New York: Academic Press.
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. M., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science, 14*, 320-327. doi: 10.1111/1467-9280.14461.
- Brummett, B. H., Boyle, S. H., Kuhn, C. M., Siegler, I. C., & Williams, R. B. (2009). Positive affect is associated with cardiovascular reactivity, norepinephrine level, and morning rise in salivary cortisol. *Psychophysiology, 46*, 862-869. doi: 10.1111/j.1469-8986.2009.00829.x.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. New York: McGraw-Hill.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Carmo, I., Santos O., Camolas, J., & Vieira, J. (2008). *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., et al. (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Review, 9*, 11-19. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2007.00422.x.
- Carr, D. & Friedman, M. A. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior, 46*, 244-259. doi: 10.1177/002214650504600303.
- Carr, D., Friedman, M. A., & Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: The role of psychosocial mechanisms. *Body Image, 4*, 165-177. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.2.004.
- Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 136-151. doi: 10.1037/0022-3514.80.1.136.
- Chau, N., Chau, K., Mayet, A., Baumann, M., Legleye, S., & Falissard, B. (2013). Self-reporting and measurement of body mass index in adolescents: refusals and validity and the possible role of socioeconomic and health-related factors. *BMC Public Health*,

- 13, 815-830. doi: 10.1186/1471-2458-13-815.
- Cheung, H. Y. & Chan, A. W. H. (2009). The effects of education on life satisfaction across countries. *Alberta Journal of Educational Research*, 55 (1), 124-136. Retirado de <http://ajer.synergiesprairies.ca/ajer/index.php/ajer/article/view/685/666>.
- Chida, Y. & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756. doi: 10.1097/PSY.0b013e31818405ba.
- Chipperfield, J. G. & Havers, B. (2001). Gender differences in the relationship between marital status transitions and life satisfaction in later life. *Journal of Gerontology*, 56B, 176-186. doi: 10.1093/geronb/56.3P176.
- Christakis, N. & Fowler, J. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, 357, 370-379. doi: 10.1056/NEJMsa066082.
- Clark, A. E. (2009). Work, jobs, and well-being across the millennium. In E. Diener, D. Kahneman, & J. F. Helliwell (eds.), *International differences in well-being* (pp. 436-468). Oxford: Oxford University Press.
- Clemente, F. & Sauer, W. J. (1976). Life satisfaction in the United States. *Social Forces*, 54, 621-631. doi: 10.1093/sf/54.3.621.
- Clemente, L., Moreira, P., Oliveira, B., & Vaz de Almeida, M. D. (2004). IMC: Sensibilidade e especificidade. *Acta Médica Portuguesa*, 17 (5), 353-358. Retirado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1113/778>.
- Cohen, S. & Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 122-125. doi: 10.1111/j.0963-7214.2006.00420.x.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M., Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65, 652-657. doi: 10.1097/01.PSY.0000077508.57784.DA.
- Colantuoni, C., Schwenker, J., McCarthy, J., Rada, P., Ladenheim, B., Cadet J-L., Schwartz, G. J. et al. (2001). Excessive sugar intake alters binding to dopamine and mu-opioid receptor in the brain. *NeuroReport*, 12 (16), 3549-3552. Retirado de http://journals.lww.com/neuroreport/2001/11160/Excessive_sugar_intake_alters_binding_to_dopamine.35.pdf.
- Coll, A. P., Farooqi, I. S., & O'Rahilly S. (2007). The hormonal control of food intake. *Cell*,

- 129, 251-262. doi: 10.1016/j.cell.2007.04.001.
- Collins, A. L., Goldmán, N., & Ródriguez, G. (2008). Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults? *Journal of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences*, 63 (6), P321-327. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610529/pdf/nihms450833.pdf>.
- Collins, J. C. & Bentz, J. E. (2009). Behavioral and psychological factors in obesity. *Journal of Lancaster General Hospital*, 4 (4), 124-127. Retirado de <http://www.jlgh.org/Past-Issues/Volume-4---Issue-4/Behavioral-and-Psychological-Factors-in-Obesity.aspx>.
- Corica, F., Corsonello, A., Apolone, G., Mannucci, E., Lucchetti, M., Bonfiglio, C., Melchionda, N., et al. (2008). Metabolic syndrome, psychological status and quality of life in obesity: the QUOVADIS Study. *International Journal of Obesity*, 32, 185–191. doi: 10.1038/sj.ijo.0803687.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticismo on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678. doi: 10.1037/0022-3514.38.8.668.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853-863. doi: 10.1037/0022-3514.54.5.853.
- Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., & Williams, G. R. (2003). Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 395-407. doi: 10.1016/S0895-4356(03)00044-1.
- Csikszentmihalui, M. (1990). *Flow: the psychology of optimal experience*. New York: Haper & Row.
- Cunningham, M. R. (1988). What do you do when you're happy or blue? Mood, expectancies and behavioral interest. *Motivation and Emotion*, 12, 309-331. doi: 10.1007/BF00992357.
- Damáσιο A. (2003). *Ao encontro de Espinosa (1º ed.)*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damáσιο, A. (1995). *O erro de Descartes (8ª ed.)*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damáσιο, A. (2000). *O sentimento de si (5ª ed.)*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

- Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813. doi: 10.1037//0022-3514.80.5.804.
- Daukantaitė, D. & Zukauskienė, R. (2012). Optimism and subjective well-being: Affectivity plays a secondary role in the relationship between optimism and global life satisfaction in middle-aged women: Longitudinal and cross-cultural findings. *Journal of Happiness Studies*, 13, 1-16. doi: 10.1007/S10902-10-9246-2.
- Davidson, K. W., Mostofsky, E., & Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: Positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal*, 31, 1065-1070. doi: 10.1093/eurheart/ehp603.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., et al. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570. doi: 10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3.
- De Neve, J. E. (2011). Functional polymorphism (5-HTTLPR) in the serotonin transporter gene is associated with subjective well-being: Evidence from a US nationally representative sample. *Journal of Human Genetics*, 66, 456-459. doi: 10.1038/jhg.2011.39.
- De Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25, 551-555. doi: 10.1038/sjo.ijo.0801699.
- Deaton, A. (2008). Income, health, and well-being around the world: Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic Perspectives*, 22, 53-72. doi: 10.1257/jep.22.2.53.
- Deci, R. L. & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104_01.
- Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, 100, 185-207. doi: 10.1007/S11205-010.9632-5.
- Delle Fave, A., Missimini, F., & Bessi, M. (2011). Hedonism and eudaimonism in positive psychology. In A. Delle Fave (Ed.), *Psychological Selection and Optimal Experiences*

- Across Cultures: Social Empowerment Through Personal Growth* (pp. 3-18). New York: Springer.
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *124*, 197-229. doi: 10.1037/0033-2909.124.2.197.
- Devaux, M., Sassi, F., Chunch, J., Cecchini, M., & Bogonovi, F. (2011). Exploring the relationship between education and obesity. *OECD Journal: Economic Studies*, *1*, 121-159. doi: 10.1787/eco_studies-2011-5kg5825v1k23.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. New York: Wiley & Sons.
- Diener, E. & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *3*, 1-43. doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diener, E. & Diener, C. (1995). The wealth of nations revisited: Income and quality of life. *Social Indicators Research*, *36*, 275-286. doi: 10.1007/BF01078817.
- Diener, E. & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, *7*, 181-185. doi: 10.1111/j.1467-9280.1996.tb00354.x.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 653-663. doi: 10.1037/0022-3514.68.4.653.
- Diener, E. & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In B. P. Buunk & F. X. Gibbons (eds.), *Health, coping and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 329-357). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Diener, E. & Scollon, C. N. (2004). Happiness and health. In N. B. Anderson (Ed.), *Encyclopedia of health and behavior* (vol.2) (pp. 459-463). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Diener, E. & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, *13*, 81-84. doi: 10.1037/0033-2909.134.1.138.
- Diener, E. & Suh, E. M. (2000). Culture and subjective well-being. In E. Diener & E. M. Suh, (eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 3-12). Massachusetts: MIT Press.
- Diener, E. & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. In K. W. Schaier & M. P. Lawton (eds.), *Annual reviews of gerontology and geriatrics: Focus on emotion and adult development* (vol. 17; pp. 304-324). New

- York: Springer.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*, 542-575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542.
- Diener, E. (1996). Traits can be powerful but are not enough: Lessons from subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, *30*, 389-399. doi: 10.1006/jrpe.1996.0027.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, *55*, 34-43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34.
- Diener, E. (2009). Subjective well-being. In E. Diener (Eds.), *The Science of Subjective Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (pp. 11-58). New York: Springer.
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *31*, 419-436. doi: 10.1177/0022022100031004001.
- Diener, E., Larsen, R. J., Levine, S., & Emmons, R. A. (1985). Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*, 1253-1265. doi: 10.1037/0022-3514.48.5.1253.
- Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 851-864. doi: 10.1007/978-90-481-2352-0_3.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez, *Handbook of Positive Psychology* (pp. 63-72). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, *61*, 305-314. doi: 10.1037/0003-066x.61.4.305.
- Diener, E., Napa-Scollon, C. K., Oishi, S., Dzokoto, V., & Suh, E. M. (2000). Positivity and the construction of life satisfaction judgments: Global happiness is not the sum of its parts. *Journal of Happiness Studies*, *1*, 159-176. doi: 10.1023/A:1010031813405.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, *54*, 403-425. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056.
- Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency not the intensity of positive versus negative affect. In F. Strack, M. Argyl & N. Schwarz (Eds.),

- Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective* (pp. 119-139). New York: Pergamon.
- Diener, E., Sandvik, E., Seidvitz, L., & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: relative or absolute? *Social Indicators Research*, *28*, 195-223, doi: 10.1007/BF01079018.
- Diener, E., Sapyta, J. J., & Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry*, *9*, 33-37. doi: 101207/s15327965pli0901_3.
- Diener, E., Smith, H. L., Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 130-141. doi: 10.1037/0022-3514.69.1.130.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*, 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276.
- Diener, E., Tay, L., & Myers, D. G. (2011). The religion paradox: If religion makes people happy, why are so many dropping out? *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*, 1278-1290. doi: 10.1037/a0024402.
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., & Oishi, S. (2009). New measures of well-being. In E. Diener, (ed.), *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (pp. 247-266). New York: Springer.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diner, R. (2010). New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, *97*, 143-156. doi: 10.1007/s1105-009-9493-y.
- Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, *29*, 94-122. doi: 10.1016/j.joep.2007.09.001.
- Doll, H. A., Petersen, S. E. K., & Stewart-Brown, S. L. (2000). Obesity and physical and emotional well-being: Associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 Questionnaire. *Obesity Research*, *8*, 160-170. doi: 10.1038/oby.2000.17.
- Dong, C., Sanchez, L. E., Price, R. A. (2004). Relationship between obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity*, *28*, 790-795. doi: 10.1038/sj.ijo.0802626.
- Dunn, E. W., Aknin, L. B., & Norton, M. I. (2008). Spending money on others promotes

- happiness. *Science*, 319, 1687-1688. doi: 10.1126/science.115052
- Dyrdal, G. & Lucas, R. E. (2013). Reaction and adaptation to the birth of a child: A couple-level analysis. *Development Psychology*, 49, 749-761. doi: 10.1037/a0028335.
- Easterlin, R. A. & Sawangfa, O. (2007). Happiness and domain satisfaction: Theory and Evidence. *University of Southern California Law and Economics Working Paper Series*. Working Paper 62. Retirado de <http://law.bepress.com/usclwps-lewps/art62>.
- Egecioglu, E., Skibicka, K., Hansson, C., Alvarez-Crespo, M., Friberg, P., Jerlhag, E., Engel, J. A., et al. (2011). Hedonic and incentive signals for body weight control. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 12, 141-151. doi: 10.1007/s11154-011-9166-4.
- Eid, M. & Diener, E. (2001). Norms for experiencing emotions in different cultures inter- and-intranational differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 869-885. doi: 10.1037/0022-3514.81.5.869.
- Emmons, R. A. (1986). Personal Strivings: an approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117. doi: 10.1037/0022-3514.51.5.1058.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum Press.
- Eysenck, H. J. (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate for their description. *Journal of Personality Disorders*, 1, 211-219. doi: 10.1521/pedi.1987.1.3.211.
- Fackner, N. H., French, S. A., Jeffrey, R. W., Neumark-Stzainer, D., Sherwood, N. e., & Morton, N. (1999). Mistreatment due to weight: prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men. *Obesity Research*, 7, 572-576. doi: 10.1002/j.1550-8528.1999.tb00716.x.
- Fadiño, J., Moreira, R. Pressler, C., Gaya, C. W., Papelbaum, M., Coutinho, W. F., & Appolinario, J. (2010). Impact of binge eating disorder in psychopathological profile of obese women. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 110-114. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.03.011.
- Fairburn, C. (1995). *Overcoming Binge Eating*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davis, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community based control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517. doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830180015003.

- Faith, M. S., Calamaro, C. J., Dolan, M. S., & Pietrobelli, A. (2004). Mood disorders and obesity. *Current Opinion in Psychiatry*, 17 (1), 9-13. Retirado de http://journals.lww.com/co-psychiatry/2004/01000/Mood_disorders_and_obesity.3.pdf
- Faith, M. S., Matz, P. E., & Jorge, M. A. (2002). Obesity-depression associations in the population. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 935-942. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00308-2.
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 138-150. doi: 10.1037/0022-3514.68.1.138.
- Ferris, A. L. (2002). Religion and the quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 3, 199-215. doi: 10.1023/A:1020684404438.
- Finkelstein, M. M. (2000). Body mass index and quality of life in a survey of primary care patients. *Journal of Family Practice*, 48 (8), 1-5. Retirado de [http://www.jfponline.com/index.php?id=22143&tx_ttnews\[tt_news\]=168738](http://www.jfponline.com/index.php?id=22143&tx_ttnews[tt_news]=168738).
- Flanagan, T. (1980). The pains of long-term imprisonment: A comparison of British and American perspectives. *British Journal of Criminology*, 20 (2), 148-156. Retirado de <http://bjc.oxfordjournals.org/content/20/2/148.full.pdf>.
- Fleche, S., Smith, C., & Sorsa, P. (2011). Exploring determinants of subjective well-being in OECD countries: Evidence from the world value survey. *Journal of Poverty & Social Justice*, 20 (2), 227-264. Retirado de [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2011\)90&docLanguage=En](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2011)90&docLanguage=En).
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Ogden, C. L. (2012). Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA*, 307, 491-497. doi: 10.1001/jama.2012.39.
- Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H., & Grauband, B. I. (2013). Association of all cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 309, 71-82. doi: 10-1001/jama.2012.113905.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475. doi: [10.1037/0022-3514.54.3.466](https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466).
- Fonseca, J., Faerstein, E., Chor, D., & Lopes, C. S. (2004). Validity of self-reported weight

- and height and the body mass index within the “Pró-Saúde” study. *Revista de Saúde Pública*, 38, 392-398. doi: 10.1590/S0034-89102004000300009.
- Fontaine, K. R. & Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews*, 2, 173-182. doi: 10.1046/j.1467-789x.2001.00032.x.
- Fontaine, K. R., Bartlett, S. J., & Barofsky, I. (2000). Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 101-105. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<101::AID-EAT12>3.0.CO;2-D.
- Fordyce, M. W. (1986). The psychap inventory: A multi-scale test to measure happiness and its concomitants. *Social Indicators Research*, 18, 1-34. doi: 10.1007/BF00302530.
- Formiguera, X. & Cantón, A. (2004). Obesity: epidemiology and clinical aspects. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 18, 1125-1146. doi: 10.1016/j.bpg.2004.06.030.
- Foster, R. & Moore, E. (2012). Adolescent obesity and life satisfaction: Perceptions of self, peers, family, and school. *Economics & Human Biology*, 10, 385-394. doi: 10.1016/j.ehb.2012.04.008.
- Frederick, S. & Loewenstein, G. (1999). Hedonic adaptation. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwartz (eds.), *Well-being: The foundation of hedonic psychology* (pp. 302-329). New York: Russell Sage Foundation.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226. doi: 10.1037/003-066x.56.3.218.
- Fredrickson, 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. doi: 10.1511/2003.4.330.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-258. doi: 10.1023/A:1010796329158.
- Friedman, H. S., Kern, M. L., & Reynolds, C. A. (2010). Personality and health, subjective well-being, and longevity. *Journal of Personality*, 78, 179-216. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00613.x.
- Friedman, K. E., Reichman, S. K., Costanzo, P. R., & Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity*

- Research*, 10, 33-41. doi: 10.1038/oby.2002.5.
- Friedman, M. A. & Brownell, K. D. (2002). Psychological consequences of obesity. In C. G. Fairburn, C. & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp. 393-398). New York: Guilford Press.
- Frijda, N. (1999). Emotions and the hedonic experience. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (eds.), *Well-being: The foundation of hedonic psychology* (pp. 190-211). New York: Russel Sage Foundation.
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427-434. doi: 10.1037/0022-3514.61.3.427.
- Furnham, A. & Petrides, K. V. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality*, 31, 815-823. doi: 10.2224/sbp.2003.31.8.815.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology?. *Review of General Psychology*, 9, 103-110. doi: 10.1037/1089-2680.9.2.103
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214. Retirado de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862005000200008&script=sci_arttext.
- Gana, K., Bailly, N., SAada, Y., Joulain, M., Trouillet, R., Hervé, C., & Alaphilippe, D. (2013). *Health Psychology*, 32, 896-904. doi: 10.1037/a0031656.
- Grant, N., Wardle, J., & Steptoe, A. (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: A cross-culture analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 259-268. doi: 10.1007/s12529-009-9032-x.
- Gray, J. (1991). Neural systems, emotion and personality. In J. Madden (ed.), *Neurobiology of learning, emotion and affect* (pp. 273-306). New York: Raven Press.
- Greeno, C. G., Jackson, C., Williams, E. L., & Fortmann, S. P. (1998). The effect of perceived control over eating on the life satisfaction of women and men: Results from a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 415-419. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199812)24:4<415::AID-EAT8>3.0.CO;2-9.
- Grinde, B. (2012). *The Biology of Happiness*. New York: Springer.
- Groot, W., & Van der Brink, H. M. (2002). Age and education differences in marriages and their effects on life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 3, 153-165. doi: 10.1023/A:1019673927286.

- Gurey, S., Kalafat, T., & Boysan, M. (2010). Dimensions of mental health, life satisfaction, anxiety and depression: A preventive mental study in Ankara University Students Populations. *Procedia Social and Behavioral Science*, 2, 1210-1213. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.03-174.
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1975). *Americans view of their mental-health: March-August 1957*. Michigan: Survey Research Center of University of Michigan.
- Gutiérrez, J. L. G., Jiménez, B. M., Hernández, E. G., & Puente, C. P. (2005). Personality and subjective well-being: Big five and demographic variables. *Personality and Individual Differences*, 38, 1561-1569. doi: 10.1016/j.paid.2004.09.015.
- Hackney, C. H. & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 42, 43-55. doi: 10.1111/1468-5906.t01-1-00160.
- Hajer, G. R., van Haften, T. W., & Visseren, F. L. (2008). Adipose tissue dysfunction in obesity, diabetes, and vascular diseases. *European Heart Journal*, 29, 2959-2951. doi: 10.1093/eurheartj/ehn387.
- Hajer, G. R., van Haften, T. W., & Visseren, F. L. J. (2008). Adipose tissue dysfunction in obesity, diabetes, and vascular diseases. *European Heart Journal*, 29, 2959-2971. doi: 10.1093/eurheartj/ehn387.
- Han, T. S., Tijhuis, M. A., Lean, M. E., & Seidell, J. C. (1998). Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. *American Journal of Public Health*, 88, 1814-1820. doi: 10.2105/AJPH.88.12.1814.
- Hansen, T. & Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*, 22 (2), 187-195. Retirado de <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1565/1459>.
- Harker, L. & Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 112-124. doi: 10.1037//0022-3514.80.1.112.
- Hassan, M. K., Joshi, A. V., Madhavan, S. S., & Amonkar, M. M. (2003). Obesity and health-related quality of life: A cross-sectional analysis of the US population. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27, 1227-32. doi:10.1038/sj.ijo.0802396.
- Hawkins, D. N. & Booth, A. (2005). Unhappily ever after: Effects of long-term, low-quality

- marriages on well-being. *Social Forces*, 84, 451-471. doi: 10.1353/sof.2005.0103.
- Headey, B. & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman Cheshire.
- Headey, B. & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman Chestine Pty Limited.
- Headey, B., Glomacki, T., Holmstrom, E., & Wearing, A. (1985). Modelling change in perceived quality of life (PQOL). *Social Indicators Research*, 17, 267-298. doi: 10.1007/BF00319315.
- Headey, B., Veenhoven, R., & Wearing, A. (1991). Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 24, 81-100. doi: 10.1007/BF00292652.
- Hefferon, K. & Boniwell, I. (2011). *Positive Psychology: Theory, Research, and Applications*. New York: McGraw Hill.
- Heller, D., Watson, D., & Ilies, R. (2004). The role of person versus situation in life satisfaction: A critical examination. *Psychological Bulletin*, 130, 574-600. doi: 10.1037/0033-2909.130.4.574.
- Helliwell, J. F. (2011). Institutions as enablers of well-being: The Singapore prison case study. *International Journal of Well-being*, 1, 255-265. doi: 10.5502/ijw.v1i2.7.
- Helliwell, J. F., Barrington-Leigh, C. P., Harris, A., & Huang, H. (2010). International evidence on the social context of well-being. In E. Diener, J. F. Helliwell, & D. Kahneman (eds.) *International differences in well-being* (pp. 287-302). New York: Academic Press.
- Hendersen, L. & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand well-being and pathways to well-being. *International Journal of Well-Being*, 2, 196-221. doi: 10.5502/ijw.v2i2.3.
- Heo, M., Pietrobelli, A., Fontaine, K. R., Sirey, J. A., & Faith, M. S. (2006). Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age and race. *International Journal of Obesity*, 30, 513-519. doi: 10.1038/sj.ijo.0803122.
- Herzog, A. R. & Rodgers, W. C. (1981). Age and satisfaction: Data from several large surveys. *Research on Aging*, 2, 142-165. doi: 10.1177/016402758132002.
- Hill, J. O. & Peters, J. C. (1998). Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280, 1371-1374. doi: 10.1126/science.280.5368.1371.
- Hockenburry, D. H. & Hockenburry, S. E. (2007). *Discovering psychology*. New York:

Worth Publishers.

- Horley, J. & Lavery, J. J. (1995). Subjective well-being and age. *Social Indicators Research*, 34, 275-282. doi: 10.1007/BF01079200.
- Horley, J. & Lavery, J. J. (1995). Subjective well-being and age. *Social Indicators Research*, 34, 275-282. doi: 10.1007/BF01079200.
- Hotard, S. R., McFatter, R. M., McWhirten, R. M., & Stegall. M. E. (1989). Interactive effects of extraversion, neuroticism, and social relationship on subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 321-331. doi: 10.1037/0022-3514.57.2.321.
- Hoverd, W. J. & Sibley, C. G. (2013). Religion, deprivation and subjective well-being: Testing a religious buffering hypothesis. *International Journal of Well-being*, 3, 182-196. doi: 10
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: meta-analytically the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 1-54. doi: 10.1080/17437190701492486.
- Hu, J., & Gruber, K. J. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators in older adults with chronic illnesses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(8), 895-911. doi:10.1080/01612840802182938.
- Huppert, F. A. & So, T. T. C. (2013). Flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110, 837-861. doi: 10.1007/S11205-011-9966-7.
- Huppert, F. A. & Whittington, J. E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology*, 8, 107-122. doi: 10.1348/135910703762879246.
- Huppert, F. A. (2009a). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 1, 137-164. doi: 10.1111/j.1758-0854.2009.01008.
- Huppert, F. A. (2009b). A new approach to reducing disorder and improving well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 108-111. doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01100.x.
- Huta, V. & Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: the differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, 11, 735-762. doi: 10.1007/S10902-009-91714.

- Idler, E. L., McLaughlin, J., & Kasl, S. (2009). Religion and the quality of life in the last years of life. *Journal of Gerontology. Social Sciences*, *64*, 528-537. doi: 10.1093/geronb/gbp028.
- Inglehart, R. & Klingemann, H-D. (2000). Genes, culture, democracy, and happiness. In E. Diener & E. M. Suh (eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 165-183). Massachusetts: MIT Press.
- Inglehart, R. (2002~). Gender, aging, and subjective well-being. *International Journal of Comparative Sociology*, *43*, 391-408. doi: 10.1177/00207-1520204300309.
- Jahoda, M. (1958). *Current Conceptions of Positive Mental Health*. New York: Basic Books.
- Jebb, S. (2004). Obesity: Causes and Consequences. *Women's Health Medicine*, *1*, 38-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1383/wohm.1.1.38.55418>.
- Jia, H. & Lubetkin, E. I. (2005). The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *Journal of Public Health*, *27*, 156-165. doi:10.1093/pubmed/fdi025.
- Kahneman, D. & Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *107*, 16489-16493. doi: 10.1073/pnas.1011492107.
- Kahneman, D. & Krueger, A. B. (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *The Journal of Economics Perspectives*, *20*, 3-24. doi: 10.1257/089533006776526030.
- Kahneman, D., Diener E., Schwarz, N. (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Karamatskos, E., Mutert, C., Lambert, M., Naber, D. (2012). Subjective well-being of patients with schizophrenia as a target during treatment. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, *13*, 1490-1499. doi: 10.2174/138920112800784862.
- Kassenboehmer, S. C., & Haisken-DeNew, J. P. (2009). You're fired: the casual negative effect on entry, unemployment on life satisfaction. *Economic Journal*, *119*, 448-462. doi: 10.1111/j.1468-0297.200802246.x.
- Katsaiti, M. S. (2012). Obesity and happiness. *Applied Economics*, *44*, 4101-4114. doi: 10.1080/00036846.2011.587779.
- Kelloniemi, H., Ek, E., & Laitinen, J. (2005). Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite*, *45*, 169-176. doi:

- 10.1016/j.appet.2005.05.001.
- Kenny, P. J. (2011). Reward mechanisms in obesity: New insights and future directions. *Neuron*, 69, 664-679. doi: 10.1016/j.neuron.2011.02.016.
- Keyes, C. L. & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *Journal of Positive Psychology*, 4, 197-201. doi: 10.1080/17439760902844228.
- Keyes, C. L. & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43 (2), 207-222. Retirado de <http://www.jstor.org/stable/3090197>.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548. doi: 10.1037/0022-006x.73.3.539.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simões, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371. doi: 10.2105/AJPH.2010.192245.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022. doi: 10.1037/0022-3514.82.6.1007.
- Klasser, A., Jenkinson, C. Fitzpatrick, R., & Goodacre, T. (1996). Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. *British Journal of Plastic Surgery*, 49, 433-438. doi: 10.1016/j.bbr.2011.03.031.
- Koenig, H. G. & Larson, D. B. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatric*, 13, 67-78. doi: 10.1080/09540260124661.
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., & Williams, G. R. (2002). Health-related quality of life varies among obese subgroups. *Obesity Research*, 10, 748-756. doi: 10.1038/oby.2002.102.
- Kolotkin, R. L., Head, S., Hamilton, M. & Tse, C. J. (1995). Assessing Impact of Weight on Quality of Life. *Obesity Research*, 3, 49-56. doi: 10.1002/j.1550-8528.1995.tb00120.x.

- Kopelman, P. G. (2000). Obesity as a medical problem. *Nature*, *404*, 635-643.
doi:10.1038/35007508.
- Kotsis, V., Staibouli, Papakatsika, S., Rizos, Z., & Parati, G. (2010). Mechanisms of obesity-induced hypertension. *Hypertension Research*, *33*, 386-393.
doi:10.1038/hr.2010.9.
- Krentz, A. J. (2006). Self-image in obesity: Clinical and public health implications. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *99*, 215-217. doi:10.1258/014107606777042062.
- La Guardia, J., Ryan, R. M., Couchman, C. & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 367-384. doi: 10.1037/0022-3514.79.3.367.
- Lai, J. C. L., Evans, P. D., Ng, S. H., Chong, A. M. L., Siu, O. T., Chan, C. L.W., Ho, S. M. Y., et al. (2005). Optimism, positive affectivity and salivary cortisol. *British Journal of Health Psychology*, *10*, 467-484. doi: 10.1348/135910705x26083.
- Laliberte, M. (2007). Obesity and mental disorders. *Archives of Women Mental Health*, *10*, 37. doi: 10.1007/S00737-066-0763-7.
- Laranjeira, C. A. (2009). Preliminary validation study of the Portuguese version of the satisfaction with life scale. *Psychology, Health & Medicine*, *14*, 220-226. doi: 10.1080/13548500802459900.
- Larsen, R. J. & Diener, E. (1992). Promises and problems with the circumplex model of emotion. In M. S. Clark (ed.), *Emotion: Review of personality and social psychology* (pp. 25-59). California: Sage Publications.
- Larsen, R. J., Diener, E., & Emmons, R. A. (1985). Na evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, *17*, 1-17. doi: 10.1007/BF00354108.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, *33*, 109-125. doi: 10.1093/geronj/33.1.109.
- Larsson, I., Henning, B., Lindroos, A. K., Naslund, I., Sjöström, C. D., & Sjöström, L. (2006). Optimized predictions of absolute and relative amounts of body fat from weight, height, other anthropometric predictors, and age. *American Journal of Clinical Nutrition*, *83* (2), 252-259. Retirado de <http://ajcn.nutrition.org/content/83/2/252.full>.
- Lavie, C. J., Milani, R. V., & Ventura, H. O. (2009). Obesity and cardiovascular disease: Risk factors, paradox, and impact of weight loss. *Journal of the American College Cardiology*, *53*, 1925-1932. doi:10.1016/j.jacc.2008.12.068.

- Lee, G. R., Seccombe, K., & Shehan, C. L. (1991). Marital status and personal happiness: An analysis of trend data. *Journal of Marriage and Family*, 53 (4), 839-844. Retirado de
- Librán, E. (2006). Personality dimensions and subjective well-being. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 38-44. doi: 10.1017/S1138741600005953.
- Lima, M. & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R manual profissional*. Lisboa: CEGOC.
- Linde, J. A., Jeffery, R. W., Levy, R. L., Sherwood, N. E., Utter, J., Pronk, N. P., & Boyle, R. G. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International Journal of Obesity*, 28, 418-425. doi: 10.1038/sj.082570.
- Linna, M. S., Kaprio, J., Raevuori, A., Sihvola, E., Keski-Rahkonen, & Rissanen, A. (2013). Body mass index and subjective well-being in young adults: a twin population study. *BMC Public Health*, 13, 231-239. doi: 10.1186/1471-2458-13-231.
- Lowe, M. R. & Butryn, M. L. (2007). Hedonic hunger: A new dimension of appetite? *Physiology & Behavior*, 91, 432-439. doi: 10.1016/j.physbeh.2007.04.006.
- Lowe, M. R., & Levine, A. S. (2005). Eating motives and the controversy over dieting: Eating less than needed versus less than wanted. *Obesity Research*, 13, 797-806. doi: 10.1038/oby.2005.90.
- Lucas, E. R., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628. doi: 10.37/0022-3514.71.3.616.
- Lucas, R. E. & Lawless, N. (2013). Does life seem better on a sunny day? Examining the association between daily weather conditions and life satisfaction judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104, 872-884. doi: 10.1037/a0032124.
- Lucas, R. E. (2005). Time does not heal all wounds: a longitudinal study of reaction and adaptation to divorce. *Psychological Science*, 16, 945-950. doi: 10.1111/j.1467-9280.2005.01642.x.
- Lucas, R. E. (2007a). Adaptation and the set-point model of subjective well-being: Does happiness change after major life events? *Association for Psychological Science*, 16, 75-79. doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00479.
- Lucas, R. E. (2007b). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two national representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 717-730. doi: 10.1037/0022-3514.92.4.714.

- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set-point model of happiness_ Reaction to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 527-539. doi: 10.1037/0022-3514.84.3.527.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *American Psychological Society, 15*, 8-13. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.01501002.x.
- Luhman, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*, 592-615. doi: 10.1037/90025948.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., et al., (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry, 67*, 220-229. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2.
- Lutter, M. & Nestler, E. J. (2009). Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *Journal of Nutrition, 139*, 629-632. doi: 10.3945/jn.108.097618.
- Lykken, D. & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science, 7*, 186-189. doi: 10.1111/j.1467-9280.1996.tb00355.x.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*, 803-855. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803.
- Maddux, J. E. (2002). Stopping the “madness”: Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and DSM. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 13-25). New York: Oxford University Press.
- Magnus, K. & Diener, E. (1991). A longitudinal analysis of personality, life events, and subjective well-being. Paper presented at the 63rd Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association. Chicago.
- Margraf, J., Meyer, A. H., & Lavalley, K. L. (2013). Well-being from the knife? Psychological effects of aesthetic surgery. *Clinical Psychological Science, 1*, 239-252. doi: 10.117452167702612471660.
- Mariño, J., Sanjúan, J. Haro, J. M., Diéz, T., & Ballesteros, J. (2011). Impact of depressive symptoms on subjective well-being: The importance of patient-reported outcomes in schizophrenia. *Patient Preference and Adherence, 5*, 471-474. doi: 10.2147/PPA.S24479.

- Markowitz, S., Fiedman, M. A., & Arent, S. M. (2008). Understanding the relationship between obesity and depression: Causal mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*, 1-20. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00106.x.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com utilização do SPSS (3ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com utilização do SPSS (3ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- McMahan, E. A., & Estes, D. (2011). Hedonic versus eudaimonic conceptions of well-being: Evidence of differential associations with self-reported well-being. *Social Indicators Research, 103*, 93-108. doi: 10-1007/s11205-010-9698-0.
- Mendes, E. (2010). Obesity linked to lower emotional wellbeing: Obese American also less likely to report experiencing positive emotions. In F. Newport (Ed.), *The Gallup Poll: Public Opinion 2010* (pp. 315-316). Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Mitchell, J. A., Mattocks, C., Ness, A. R., Leary, S. D., Pate, R. R., Dowda, M., Blair, S. N., et al. (2009). Sedentary behavior and obesity in a large cohort of children. *Obesity, 17*, 1596-1602. doi: 10.1038/oby.2009.42.
- Mond, J. M. & Baune, B. T. (2009). Overweight, medical comorbidity and health-related quality of life in a community sample of women and men. *Obesity, 17*, 1627-1634. doi: 10.1038/oby.2009.27.
- Moreira, P. (2005). *Obesidade: muito peso, várias medidas*. Porto: Ambar.
- Morton, G., Cummings, D., Baskin, D., Barsh, G., & Schwartz, M. (2006). Central nervous system control of food intake and body weight. *Nature, 443*, 289-295. doi: 10.1038/nature05026.
- Mroczek, D. K. & Spiroll, A. (2005). Changes in life satisfaction during adulthood: Findings from the veterans affair normative age study. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 189-202. doi: 10.1037/0022-3514.88.1.189.
- Must, A., Spadaro, J., Coakley, E. H., Field, A. E., Golditz, G., & Dietz, W. H. (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *Journal of the American Medical Association, 282*, 1523-1529. doi:10.1001/jama.282.16.1523.
- Myers, D. G. & Diener, E. (1995). Who is happy?. *Psychological Science, 6*, 10-19. doi: 10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x.
- Myers, D. G. (1999). Close relationships and quality of life. In D. Kahneman, E. Diener, &

- N. Schwarz (eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 374-391). New York: Russell Sage
- Napolitano, M. & Foster, G. (2008). Depression and obesity: Implications for assessment, treatment and research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*, 21-27. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00107.x.
- Narkiewicz, K. (2006). Obesity and hypertension – the issue is more complex than we thought. *Nephrology Dialysis Transplantation, 21*, 264-267. doi: 10.1093/ndt/gfi290.
- Nesse, R. (1990). Evolutionary explanations of emotions. *Human Nature, 1*, 261-289. doi: 10.1007/BF02733986.
- Nestle, M. & Jacobson, M. F. (2000). Halting the obesity epidemic: A public health policy approach. *Public Health Reports, 115* (1). 12-24. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308552/pdf/pubhealthrep00023-0014.pdf>.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In: L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, O. Caetano, & J. Marques (Eds). *A Acção Educativa: análise psico-social* (pp.105-117). Leiria:SEL/APPORT.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., & Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later?. *Journal of the American Dietetic Association, 106*, 559-568. doi:10.1016/j.jada.2006.01.003.
- Nguyen, N. T., Nguyen, X. M., Lane, J. & Wang, P. (2011). Relationship between obesity and diabetes in US population: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2006. *Obesity Surgery, 21*, 351-355. doi: 10.1007/s11695-010-0335-4.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ogbeide, S. A., Neumann, C. A., Sandoval, B. E., & Rudebock, C. D. (2010). Gender differences between body weight and psychological well-being during young adulthood: A brief report. *The New School Psychology Bulletin, 8*, 41-46. Retirado de <http://www.nspb.net/index.php/nspb/article/viewFile/133/181>.
- Ogden, J. & Clementi, C. (2010). The experience of being obese and the many consequences of stigma. *Journal of Obesity, 2010*, 1-9. doi: 10.1155/2010/429098.
- Öhmani, A. (1997). A fast as the blink of an eye: Evolutionary preparedness for preattentive processing of threat. In P. Lary, R. Simons, & M. Balaban (eds.), *Attention and*

- orienting: Sensors and motivational process* (pp. 165-184). New Jersey: Erlbaum.
- Oishi, S., Kesebir, S., & Diener, E. (2011). Income inequality and happiness. *Psychological Science*, 22, 1095-1100. doi: 10.1177/0956797611417262.
- Oreopoulos (2007). Do dropouts drop out too soon? Wealth, health and happiness from compulsory schooling. *Journal of Public Economics*, 91, 2213-2229. doi: 10.1016/j.jpubeco.2007.02.002.
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K., & Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63 (2), 210-215. Retirado de <http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/> /2001/03000/The_Association_Between_Emotional_Well_Being_and.3.pdf.
- Ozjür, F., Tuncali, D., & Gürsu, K. (1998). Life satisfaction, self-esteem, and body image: a psychosocial evaluation of aesthetic and reconstructive surgery candidates. *Aesthetic Plastic Surgery*, 22, 412-419. doi: 10.1007/S00266990226.
- Paez da Silva, M., Jorge, Z., Domingues, A., Lacerda Nobre, E., Chambel, P., & Jácome de Castro, J. (2006). Obesidade e qualidade de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 19 (3), 247-250. Retirado de <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/926>.
- Palmeira, A. C., Branco, T. C., Martins, S. C., Minderico, C. S., Silva, M. N., Vieira, P. N., Barata, J. T., et al. (2010). Changes in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image*, 7, 187-193. doi: 10.1016/j.bodyim.2010.03.002.
- Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *Gerontologist*, 19, 427-431. doi: 10.1093/geront/19.5_part_1.427.
- Pan, A., Sun, Q., Czernichow, S., Kivimaki, M., Okereke, O. I., Lucas, M., Manson, J. E. et al. (2012). Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International Journal of Obesity*, 36, 595-602. doi: 10.1038/ijo.2011.111.
- Pasco, J. A., Williams, L. J., Jack, F. N., Brennan, S. L., & Berk, M. (2013). Obesity and the relationship with positive and negative affect. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 477-482. doi: 10.1177/0004867413483371
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172. doi: 10.1037/1040-3590.5.2.164.

- Pavot, W. & Diener, E. (2013). Happiness experienced: The science of subjective well-being. In S. David, I. Boniwell, & A. C. Myers (Eds.), *The Oxford handbook of happiness* (pp. 134-151). Oxford: Oxford University Press.
- Petersen, C. & Chang, E. C. (2003). Optimism and flourishing. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Ed.), *Flourishing: Positive psychology and the Life Well-lived* (pp.55-79). Washington: APA.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character, strengths, and virtues*. Oxford: Oxford University Press.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49.
- Petry, N. M., Barry, D., Pietrzack, R. H., & Wagner, J. A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine*, 70, 288-297. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181651651.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: A meta-analytic comparison. *Aging & Mental Health*, 8, 438-449. doi: 10.1080/13607860410001725036
- Pressman, S. D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.925.
- Pulh, R. & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9, 788-805. doi: 10.1038/oby.2001.108.
- Ribeiro, G. & Santos, O. (2013). Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para a obesidade. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 8 (2), 82-88. Retirado de <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-endocrinologia-diabetes-e-metabolismo-356/artigo/recompensa-alimentar-mecanismos-envolvidos-e-implicacoes-obesidade-90259097>.
- Rippe, J. M., Price, J. M., Hess, S. A., Kline, G., DeMers, K. A., Damitz, S., Kreidieh, I., et al. (1998). Improved psychological well-being, quality of life, and health practices in moderately overweight women participating in a 12-week structured weight loss program. *Obesity Research*, 6, 208-218. doi: 10.1002/j.1550-8528.1998.tb00339.x.
- Robbins, S. & Kliwer, W. (2000). Advances in theory and research on subjective well-being. In S. D. Brown & L. R. W. Lent (Eds.), *Handbook of Conseling Psychology* (pp. 310-345). New York: John Wiley and Sons.

- Robinson, M. D. & Compton, R. J. (2008). The happy mind in action: The cognitive basis of subjective well-being. In M. Eid & R. J. Larsen (eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 220-238). New York: Guilford Press.
- Robinson, M. D. & Kirkeby, B. S. (2005). Happiness as a belief system: Individual differences and priming in emotion judgments. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31*, 1134-1144. doi: 10.1177/014616720427.
- Robinson, M. D. & Tamir, M. (2011). A task-focused mind is a happy and productive mind: A processing perspective. In K. Sheldon, T. Kashdana, & M. Steger (eds.), *Designing the future perspective of positive psychology: taking stock and moving forward* (pp. 160-174). Oxford: Oxford University Press.
- Robinson, M. D., Mitchell, K. A., Kirkeby, B. S., & Meier, B. P. (2006). The self as a container: Implications for implicit self-esteem and somatic symptoms. *Metaphor and Symbol*, *21*, 147-167. doi: 10.1207/S153227868ms2103_2.
- Robinson, M. D., Ode, S., & Wilkowski, B. M. (2007). Neurotic Contentment: a self-regulation view of neuroticism-linked distress. *Emotion*, *7*, 579-591. doi: 10.1037/528-3542.7.3.579.
- Robinson, M., Vargas, P., Tamir, M., & Solberg, E. (2004). Using and being used by categories: The case of negative evaluations and daily well-being. *Psychological Science*, *15*, 521-526. doi: 10.1111/j.0956-7976.2004.00713.x.
- Rode, J. C. (2004). Job satisfaction and life satisfaction revisited: A longitudinal test of an integrated model. *Human Relations*, *57*, 1205-1230. doi: 10.1177/0018726704047143.
- Roehling, M. V., Roehling, P. V., & Pichler, S. (2007). The relationship between body weight and perceived weight related employment discrimination. The role of sex and race. *Journal of Vocational Behavior*, *71*, 300-318. doi: [10.1016/j.jvb.2007.04.008](https://doi.org/10.1016/j.jvb.2007.04.008).
- Rotenber, G. (2013). Genes of happiness and well-being in the context of search activity concept. *Activitas Nervosa Superior*, *55* (1-2), 1-14. Retirado de <http://www.activitas.org/index.php/nervosa/article/view/143/180>.
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease: A review meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, *23*, 51-61. doi: 10.1016/j.bbr.2011.03.031.

- Russell, J. A. & Barrett, L. F. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*, 805-819. doi:10.1037/0022-3514.76.5.805.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*, 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). An overview of self-determination. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 3-33). New York: University of Rochester Press.
- Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kassen, T., & Deci, E. L. (1996). All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation. In P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 7-26). New York: Guilford.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 719-727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). The counters of positive human health. *Psychological Inquiry*, *9*, 1-28. doi: 10.1207/S15327965pli0901_1.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: An eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, *9*, 13-39. doi: 10.1007/s10902-006-9019-0.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
- Sacks, D. N., Stevenson, B. & Wolfers, J. (2012). The new stylized facts about income and subjective well-being. *Emotion*, *12*, 1181-1187. doi: 10.1037/a0029873.
- Samman, E. (2007). Psychological and subjective well-being: A proposal for internationally comparable indicators. *Oxford Development Studies*, *35*, 459-486. doi: 10.1080/13600810701701939.
- Santos, O., Carmo, I., Camolas, J., & Vieira, J. (2009). Validade do auto-relato do peso e da

- altura na avaliação do IMC da população adulta portuguesa. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 3 (4-6), 157-168. Retirado de <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2066/1/Osvaldo%20Santos%202009%20%28validade%20auto-relato%20imc%29.pdf>.
- Santos, R. & Pereira, J. (2008). O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias. *Revista de Saúde Pública*, 26 (1), 25-38. Retirado de http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-1-2008/03_1-2008.pdf
- Sardinha, L. B., Santos, D. A., Silva, A. M., Coelho-e-Silva, M. J., Raimundo, A. M., Moreira, H., Santos, R., et al. (2012). Prevalence of overweight, obesity, and abdominal obesity in a representative sample of Portuguese adults. *PLOS One*, 7, e47883. doi: 10.1371/journal.pone.0047883.
- Sarwer, D. B., Thompson, J. K., & Cash, T. F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinics*, 28, 69-87. doi:10.1016/j.psc.2004.09.002.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and Behavioral Aspects of Bariatric Surgery. *Obesity Research*, 13, 639-648. doi: 10.1038/oby.2005.71.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247. doi: 10.1037/0278-6133.4.3.219.
- Scheier, M. F., Mathews, K. A., Owens, J. F., Magrover, G. J., Lefebvre, R. C., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1024.
- Schimmack, U. & Diener, E. (1997). Affect intensity: Separating intensity and frequency in repeatedly measured affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1313-1329. doi: 10.1037/0022-3514.73.6.1313.
- Schimmack, U. (2003). Affect measurement in experience sampling research. *Journal of Happiness Studies*, 4, 79-106. doi: 10.1023/A:1023661322862.
- Schimmack, U., Böckenholt, U., & Reisenzein, R. (2002). Response styles in affect ratings: Making a mountain out of a molehill. *Journal of Personality Assessment*, 78, 461-493. doi: 10.1207/S15327752JPA7803_06.

- Schimmack, U., Oishi, S., Furr, M., & Funder, D. C. (2004). Personality and life satisfaction: A facet-level analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *30*, 1062-1075. doi: 10.1177/0146167204264292.
- Schnetter, B., Denegri, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Orellana, L., Paiva, G., & Grunert, (2013). Hábitos alimentários y bienestar subjetivo en estudiantes universitários del sur de Chile. *Nutrición Hospitalaria*, *28*, 2221-2228. doi: 10.3305/nh.2013.28.6.6751.
- Schwartz, M. B., Vartanian, L. R., Nosek, B. A., & Brownell, K. D. (2006). Influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*, *14*, 440-447. doi: 10.1038/oby.2006.58.
- Scott, K. M., McGee, M. A., Well, E., & Brown, M. A. O. (2008). Obesity and mental disorders in the adult population. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 97-105. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.09.006.
- Seidell, J. C., Kahn, H. S., Williamson, D. F., Lissner, L., & Valdez, R. (2001). Reports from a Center for Disease Control and Prevention work shop on use of adult anthropometry for public health and primary health care. *American Journal of Clinical Nutrition*, *73* (1), 123-126. Retirado de <http://ajcn.nutrition.org/content/73/1/123.long>.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*, 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. (2011). *A vida que floresce: Um novo conceito visionário da felicidade e do bem-estar*. Lisboa: Estrela Polar.
- Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L., and Gillham, J. (1995). *The Optimistic Child*. New York: Houghton Mifflin.
- Sengupta, N. K., Osbourne, D., Houkamau, C. A., Hoverd, W. J., Wilson, M. S., Greaves, L. M., West-Newman, T., et al. (2012). How much happiness does money buy? Income and subjective well-being in New Zealand. *New Zealand Journal of Psychology*, *41* (2), 21-34. Retirado de <https://researchspace.auckland.ac.nz/bitstream/handle/2292/19983/2012%20Sengupta%20et%20al%20NZJP%20Income%20and%20Wellbeing.pdf?sequence=4>.

- Sheldon, K., Fredrickson, B., Rathunde, K., Csikszentmihalyi, M., & Haidt, J. (2000). *Positive Psychology Manifesto*. Retirado de <http://www.ppc.sas.upenn.edu/akumalmanifesto.htm>.
- Shimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. In M. Eid & R. J. Larsen (ed.), *The science of subjective well-being* (pp. 97-123). New York: Guilford Press.
- Shmotkin, D. (1990). Subjective well-being as a function of age and gender: A multivariate look for differentiated trends. *Social Indicators Research*, 23, 201-230. doi: 10.1007/BF00293643.
- Silva, A. J. & Caetano, A. (2013). Validation of the flourishing scale and scale of positive and negative experience in Portugal. *Social Indicators Research*, 110, 469-478. doi: 10.1007/s11205-011-9938-y.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa*, 3, 403-515.
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R., Vieira, C., Matos, A. P., & Oliveira, A. P. (2000). O bem-estar subjectivo: estado atual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2, 243-279.
- Simões, A., Lima, M. P., Vieira, C., Ferreira, J. A., Oliveira, A. L., Neto, F. F., Ruiz, F., et al. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: um estudo experimental. *Psychologica*, 42, 115-131.
- Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., van Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry*, 63, 824-830. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.824.
- Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 567-487. doi: 10.1002/sclp.2593.
- Singh, K. & Jha, S. D. (2008). Positive and Negative Affect, and Grit as predictors of Happiness and Life Satisfaction. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34 (special issue), 40-45. Retirado de <http://medind.nic.in/jak/t08/s1/jakt08s1p40.pdf>.
- Smith, K. S. & Berridge, K. C. (2007). Opioid limbic circuit for reward: interaction between hedonic hotspots of nucleus accumbens and ventral pallidum. *Journal of Neuroscience*, 24, 1594-1605. doi: 10.1523/JNEUROSCI.4205-06.2007.

- Soares, A. & Silva, I. (2011). Qualidade de vida em mulheres que procuram tratamento para a obesidade: estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente grave propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (2), 235-254. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v12n2/v12n2a06.pdf>.
- Sowers, J. R. (2003). Obesity as a cardiovascular risk factor. *American Journal of Medicine*, 115, 37-41. doi: 10.1016/j.amjmed.2003.08.012.
- Speakman, J. R. (2008). Thrifty genes for obesity, an attractive but flawed idea, and an alternative perspective: the 'drifty gene'. *International Journal of Obesity*, 32, 1611-1617. doi:10.1038/ijo.2008.161.
- Specker, S., de Zwaan, M., Raymond, N., & Mitchell, J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 185-190. doi: 10.1016/0010-440X(94)90190-2.
- Stallings, M. C., Dunham, C. C., Gatz, M., Baker, L. A., Bengtson, V. L. (1997). Relationship among life events and psychological well-being: More evidence for two-factor theory of well-being. *Journal of Applied Gerontology*, 16, 104-119. doi: 10.1177/0733464897016000106.
- Staudinger, U. M., Fleeson, W., & Baltes, P. B. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 305-319. doi: 10.1037/0022-3514.76.2.305.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134, 138-161. doi: 10.1037/0033-2909.134.1.138.
- Steptoe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102, 6508-6512. doi: 10.1073/pnas.0409174102.
- Stice, E., Presnell, K., Shaw, H., & Rohde, P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 195-202. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.195.
- Strine, T.W., Mokdad, A. H., Dube, S. R., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Berry, J. T., Maderscheid, R. et al. (2008). The association between depression and anxiety with

- obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatry*, 30, 127-137. doi:10.1016/j.genhosppsy.2007.12.008.
- Stubbe, J. H., Posthuma, D., Boomsma, D. I., & De Deus, E. J. C. (2005). Heritability of life satisfaction in adults: A twin-family study. *Psychological Medicine*, 35, 1581-1588. doi: 10.1017/S0033291705005374.
- Stutzer, A. & Frey, B. (2006). Does marriage make people happy or do happy people get married? *Journal of Socio-Economics*, 35, 326-347. doi: 10.1016/j.socec.2005.11.043.
- Suh, E., Diener, E., Oishi, S., & Triandi, H. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 482-493. doi: 10.1037/0022-3514.74.2.482.
- Sulls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problem and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131, 260-300. doi: 10.1037/0033-2909.131.2.260.
- Sunsore, R. A., Wiederman, M. N., & Sansone, L. A. (2000). The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity: A critical review of the literature. *Eating Behaviors*, 1, 93-104. doi: 10.1016/S1471-0153(00)00002-7.
- Sutin, A. M., Ferrucci, L., Zonderman, A. B., & Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 579-592. doi: 10.1037/a0024286.
- Sutin, A. R. (2013). Optimism, pessimism, and bias in self-reported body weight among older adults. *Obesity*, 21, E508-E511. doi: 10.1002/oby.20447.
- Talen, M. R. & Mann, M. M. (2009). Obesity and mental health. *Primary Care: Clinician Office Practice*, 36, 287-305. doi: 10.1016/j.pop.2009.01.012.
- Talen, M. R. & Mann, M. M. (2009). Obesity and mental health. *Primary Care*, 36, 287-305. doi: 10.1016/j.pop.2009.01.012.
- Tarakeshwan, N., Vanderweker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., & Prigerson, H. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 646-657. doi: 10.1089/jpm.2006.9.646.
- Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1031-1039. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1031.

- Thompson, J. (2003). *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Tremblay, A. & Doucet, E. (2000). Obesity: a disease or a biological adaptation?. *Obesity Reviews, 1*, 27-35. doi: 10.1046/j.1467-789x.2000.00006.x.
- Tyc, V. L. (1992). Psychosocial adaptation of children and adolescents with limb deficiencies: A review. *Clinical Psychology Review, 12*, 275-291. doi: 10.1016/0272-7358(92)90138.x.
- Van Baal, P. H. M., Polder, J. J., de Wit, G. A., Hoogenveen, R. T., Feenstra, T. L., Boshuizen, H. C., Engelfriet, P. M., et al. (2008). Lifetime medical costs of obesity: Prevention no cure for increasing health expenditure. *Plos Medicine, 5*, 242-249. doi: 10.1371/journal.pmed.0050029.
- Van Gaal, L. F., Mertens, I. L., & De Block, C. E. (2006). Mechanisms linking obesity with cardiovascular disease. *Nature, 444*, 875-880. doi:10.1038/nature05487.635-643.
- Van Praag, B. M. S., Frijters, P., & Ferrer-i-Carbonelli, A. (2003). The anatomy of subjective well-being. *Journal of Economic Behavior & Organization, 51*, 29-49. doi: 10.1016/S0167-2681(02)00140-3.
- Vieira, P. N., Palmeira, A. L., Mata, J., Kolotkin, R. L., Silva, M. N., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2012). Usefulness of standard BMI cut-offs for quality of life and psychocological well-being in women. *Obesity Facts, 5*, 795-805. doi: 10.1159/000345778.
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Cardoso, H., & Mendonça, D. (2014). Predictors of quality of life in Portuguese obese patients: A structural equation modeling application. *Journal of Obesity, 2014*, 1-9. doi: 10.1155/2014/684919.
- Viner, R. M., Haines, M. M., Taylor, S. J. C., Head, J., Booy, R., & Stansfeld, S. (2006). Body mass, weight control behaviours, weight perception and emotional well-being in a multiethnic sample of early adolescents. *International Journal of Obesity, 30*, 1514-1521. doi:10.1038/sj.ijo.0803352.
- Wada, K., Tamakoshi, K., Tsunekawa, T., Otsuka, R., Zhang, H., Murata, C., Nagasawa, N., et al. (2005). Validity of self-reported height and weight in a Japanese workplace population. *International Journal of Obesity, 29*, 1093-1099. doi: 10.1038/sj.ijo.0803012.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Letizia, K A., & Wilk, J. E. (1993). Metabolic anthropometric and psychological characteristics of obese binge eaters. *International Journal of*

- Eating Disorders*, 14, 17-25. doi: 10.1002/1098-108X(199307)14:1<17::AID-EAT2260140103>3.0.CO;2-L.
- Wallace, J. (1997). Obesity. In American College of Sports Medicine (Eds.), *ACSM's Exercise management for persons with chronic diseases and disabilities* (pp. 106-111). Champaign: Human Kinetics.
- Wang, S. S., Brownell, K D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity*, 28, 1333-1337. doi: 10.1038/sj.ijo.0802730.
- Wardle, J. & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19, 421-440. doi: 10.1016/j.beem.2005.04.006.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691. doi:10.1037/0022-3514.64.4.678.
- Waterman, A. S. (2008). Reconsidering happiness: a eudaemonist's perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 234-252. doi: 10.1080/1.7439760802303002.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1997). Extraversion and its positive emotional core. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 767-793). San Diego: Academic Press.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.219.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 54, 1063-1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063.
- Weiss, A., Bates, T. C., & Luciano, M. (2008). Happiness is a personal(ity) thing: The genetics of personality and well-being in a representative sample. *Psychological Science*, 19, 205-210. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02068.x.
- Wiczinki, E., Döring, A., John, J., & Legenrke, T. (2009). Obesity and health-related quality of life: Does social support moderate existing associations. *British Journal of Health Psychology*, 14, 717-734. doi: 10.1348/135910708X401867.
- Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology*, 21, 40-50. doi: 10.1037//0278-6133.21.1.40.

- Wilson, W. R. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306. doi: 10.1037/h0024431.
- Witter, R. A., Okun, M. A., Stock, W. A., & Haring, M. J. (1984). Education and subjective well-being: A meta-analysis. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 6, 165-173. doi: 10.3102/01623737006002165.
- World Federation for Mental Health (2010). *Mental health and chronic physical illness: The need for continued and integrated care*. Retirado de <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/02/WMHDAY2010.pdf>.
- World Health Organization (1995). Physical status: The use and interpretation of anthropometry (Technical Report Series No. 854). Retirado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf?ua=1.
- World Health Organization (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO technical report series 894. Retirado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.
- World Health Organization (2014). *Obesity: Situation and trends*. Global Health Observatory. Retirado de http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/.
- Yang, X., Deignan, J. L., Qi, H., Zhu, J., Qian, S., Zhong, J., Torosyan, G., et al. (2009). Validation of a candidate causal genes for obesity that affect shared metabolic pathways and networks. *Nature Genetics*, 41, 415-423. doi:10.1038/ng.325
- Yanovski, S. Z. (2002). Binge eating in obese persons. In C. G. Fairburn, C. & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp. 403-410). New York: Guilford Press.
- Yik, M. S., Russel, J. A. & Barrett, L. F. (1999). Structure of self-reported current affect: Integration and beyond. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 600-619. doi: 10.1037/0022-3514.77.3.600.
- Zheng, H., Tumin, D., & Qian, Z. (2013). Obesity and mortality risk: new findings from body mass trajectories. *American Journal of Epidemiology*, 178, 1591-1599. doi: 10.1093/aje/kwt179.

Anexo I: Protocolo de avaliação

Versão: A. Baptista, 2011

Data ____/____/____

Solicitamos a sua colaboração para uma investigação que tem como objectivo estudar o comportamento emocional.

As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo submetidas a tratamento estatístico em grupo. Agradecemos a sua colaboração.

1. Se é estudante qual a Instituição ou Estabelecimento de Ensino que frequenta:

2. SEXO: ₁ Masculino ₂ Feminino

3. ESTADO CIVIL: ₁ Solteiro(a) ₂ Casado(a) / União de Facto ₃ Divorciado(a) / Separado(a) ₄ Viúvo

4. IDADE: _____ 5. N.º ANOS DE ESCOLARIDADE: _____

6. RELIGIÃO: _____ 7. ETNIA: _____

8. PESO: ____ kg 9. ALTURA: ____ cm

10. Seguidamente vai ler 5 afirmações com as quais pode concordar ou não. Utilize a escala de 1 a 7 para indicar a sua concordância com cada afirmação. Coloque uma cruz no número apropriado na linha à frente a cada afirmação. A escala de 7 pontos é a seguinte:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Neutro, não concordo, nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente

1. Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada	1	2	3	4	5	6	7

11. Apresentam-se seguidamente 8 frases com as quais pode concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 7 para, à frente de cada frase, indicar o seu grau de concordância com a mesma. Responda fazendo uma cruz (X) em cima do número que considerar adequado.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortemente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Não Discordo Nem Concordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Fortemente
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

12. Pense como se tem sentido nas **últimas quatro semanas** e avalie até que ponto experimentou os seguintes sentimentos que se descrevem no questionário. Utilize a escala de 1 a 5 para fazer a sua avaliação, e responda fazendo uma cruz em cima do número que melhor representa os seus sentimentos.

1	2	3	4	5
Muito Raramente ou Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente ou Sempre
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5