UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ALINE CACOZZI

FATORES ASSOCIADOS AO BEM ESTAR SUBJETIVO NAS DUAS MAIORES CIDADES BRASILEIRAS

SANTOS
2021

ALINE CACOZZI

FATORES ASSOCIADOS AO BEM ESTAR SUBJETIVO NAS DUAS MAIORES CIDADES BRASILEIRAS

Tese apresentada para obtenção do título de doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

SANTOS
2021

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Maria Rita C. Rebello Nastasi - CRB-8/2240

C119b Cacozzi, Aline
Fatores associados ao bem estar subjetivo nas maiores cidades brasileiras / Aline Cacozzi ; orientador Sérgio Baxter Andreoli. -- 2021.
103 f.; 30 cm

Tese (doutorado) - Universidade Católica de Santos, Santos, 2021

1. Epidemiologia. 2. Bem-estar subjetivo. 3. Inquérito populacional. 4. Estudo transversal. 5. Saúde. 6. Qualidade de vida. I. Andreoli, Sérgio Baxter. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.2)

ALINE CACOZZI

FATORES ASSOCIADOS AO BEM ESTAR SUBJETIVO NAS DUAS MAIORES CIDADES BRASILEIRAS.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para obtenção do título de doutorado em Saúde Coletiva.

Banca Examinadora:

.....
Dr. SÉRGIO BAXTER ANDREOLI

.....
Dr. CÁSSIO SILVEIRA

.....
Dra. ELIANA MIURA ZUCCHI

.....
Dra. MARIA IZABEL CALIL STAMATO

.....
Dr. MÁRIO CESAR RESENDE ANDRADE

Conceito:
Santos, 25 de fevereiro de 2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu amado marido Rodrigo, que vem me apoiando integralmente por todos estes anos e participando ativamente do meu cotidiano acadêmico.

Dedico também aos meus amados pais, Luzia e Paulo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Professor Doutor Sérgio Baxter Andreoli, minha grande inspiração na carreira acadêmica, por me orientar pacientemente durante todos estes anos, acreditando em minha capacidade para pesquisa, me incentivando como profissional e compartilhando comigo um pouco do seu grande conhecimento. Aos Doutores Cássio Silveira, Eliana Miura Zuchhi, Maria Izabel Calil Stamato e Mário César Rezende Andrade, a quem tenho grande admiração pessoal e profissional, por todas as importantes contribuições para a minha formação em psicologia e em saúde coletiva, e que, gentilmente aceitaram examinar este trabalho. À Professora Doutora Denise Martin, que também me apoia no universo da pesquisa com muito carinho e generosidade, desde o meu primeiro contato com o mundo científico. Ao Doutor Orival Silva Silveira, colega que a Unisantos me presenteou, que acreditou no meu trabalho e foi muito importante para o início da minha trajetória profissional como docente no ensino superior. Ao Doutor Rafael Pacheco da Costa, que sempre está disposto a refletir temas e revisar meus trabalhos acadêmicos. A todos os professores e colegas discentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, que contribuíram significativamente para minha formação profissional e construção pessoal. A todos os professores e colegas do curso de graduação em Psicologia da Universidade Católica de Santos, que me inspiraram a trilhar o caminho acadêmico. À Universidade do Oeste Paulista, que me permite diariamente o compartilhamento do conhecimento adquirido durante esta jornada, em especial a Doutora Érika Magalhães Suzigan, coordenadora do curso de Medicina, o Mestre Éverton Lopes Rodrigues, com quem divido a disciplina de Saúde Coletiva. Aos meus queridos alunos, que me proporcionam

estudar e aprender diariamente. Aos meus sogros Sandra e Hélio, que acreditaram no meu potencial antes mesmo de eu acreditar. À minha família e amigos, que entendem o meu constante distanciamento decorrente das horas de trabalho e mesmo assim me apoiam, me incentivam e se alegram comigo. À CAPES pelo financiamento desta pesquisa.

Este trabalho conta com o financiamento da CAPES

Processo número: 88887.150182/2017-00

EPÍGRAFE

“A vida tem duas faces:

Positiva e negativa

O passado foi duro

mas deixou o seu legado

Saber viver é a grande sabedoria

Que eu possa dignificar

Minha condição de mulher,

Aceitar suas limitações

E me fazer pedra de segurança

dos valores que vão desmoronando.

Nasci em tempos rudes

Aceitei contradições

lutas e pedras

como lições de vida

e delas me sirvo

Aprendi a viver”.

Cora Coralina – Assim eu vejo a vida

1. SUMÁRIO

1. SUMÁRIO 9
2. RESUMO 10
3. ABSTRAT 12
4. LISTA DE ILUSTRAÇÕES 14
5. LISTA DE TABELAS 15
6. LISTA DE ABREVIAÇÕES 17
7. PREFÁCIO 19
8. REVISÃO DE LITERATURA 26
9. OBJETIVO 47
10. JUSTIFICATIVA 48
11. HIPÓTESE 49
12. MÉTODO 50
13. RESULTADOS 60
14. DISCUSSÃO 76
15. CONSIDERAÇÕES FINAIS 88
16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 90
17. ANEXOS 98

2. RESUMO

O bem-estar subjetivo é auto percepção, afetiva e cognitiva sobre afetos positivos e negativos e a satisfação com a própria vida. A presença de níveis alto de bem-estar subjetivo favorecem diversas áreas da vida humana, como saúde e longevidade. O objetivo desse trabalho foi investigar os fatores associados ao bem-estar subjetivo nas duas maiores cidades brasileira. O estudo tem o desenho de corte transversal, com amostra probabilística estratificada em multi-estágios da população geral das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. O total de entrevistados foi 3744 indivíduos. Os instrumentos aplicados foram: Questionário Sociodemográfico; Questionário de Capital Social; Escala de Resiliência (ER); Composite International Diagnostic Interview (CIDI); e a Versão Brasileira Curta do Subjetive Well-being (SUBI). A variável bem-estar subjetivo foi dicotomizada em melhor e pior utilizando a distribuição de frequência acumulada na amostra total, incluindo as duas cidades, e utilizando o percentil 70% para estabelecer o nível de corte. As análises de associação entre o bem-estar subjetivo e as variáveis independentes foram feitas por meio da regressão de Poisson e calculadas a razões de prevalência (RP), no software Stata 10. Três modelos de regressão de Poisson foram construídos tendo como variável dependente o nível de bem estar, controlada pelas variáveis demográficas, sociais e de saúde mental; um modelo para a amostra total e um para cada uma das cidades. Resultados: os fatores associados ao bem-estar subjetivo em São Paulo e no Rio de Janeiro foram diferentes, exceto para o quadro de transtorno depressivo. Em São Paulo o pior bem-estar subjetivo esteve associado à participação em grupos sociais (RP = 1,07); e ao diagnóstico de transtorno depressivo, com associação diretamente associado à gravidade dos sintomas, quadro moderado (RP = 1,16) e o quadro grave (RP = 1,18). No Rio de Janeiro, o pior bem-estar subjetivo também esteve associado ao diagnóstico de transtorno depressivo grave (RP = 1,36), mas inversamente associado ao uso nocivo de álcool (RP = 0,85) e ajudar em grupos sociais (RP = 0,93). Na análise que incluiu ambas as cidades (SP e RJ), o fato de morar na cidade do Rio de Janeiro foi inversamente associado ao pior bem-estar subjetivo (RP = 0,95), e esteve associado aos quadros do transtorno depressivo moderado (RP = 1,15) e grave (RP = 1,21) e à participação em grupos sociais (RP = 1,05). Conclusão: os resultados do trabalho mostraram algumas diferenças que discordam do que é encontrado na literatura, tais como, uso nocivo de álcool estar associado inversamente ao pior bem-estar subjetivo no Rio de Janeiro e a participação em grupos sociais estar associada ao pior bem-estar subjetivo em São Paulo, o que nos faz pensar sobre a importância da mediação do contexto sociocultural na percepção do bem-estar das populações. Esta hipótese é reforçada pelo fato de que essas duas maiores cidades brasileiras diferem bastante em seus aspectos econômicos, demográficos, na organização social, nas condições de trabalho, lazer e valores.

PALAVRAS CHAVES: bem-estar subjetivo; inquérito populacional; epidemiologia; estudo transversal; saúde; qualidade de vida.

3. ABSTRAT

Subjective well-being is self-perception, affective and cognitive about positive and negative affects and satisfaction with one's own life. The presence of high levels of subjective well-being favors several areas of human life, such as health and longevity. The objective of this work was to investigate the factors associated with subjective well-being in the two largest Brazilian cities. The study has a cross-sectional design, with a multi-stage stratified probabilistic sample of the general population of the cities of São Paulo and Rio de Janeiro. The total of respondents was 3744 individuals. The instruments applied were: Sociodemographic Questionnaire; Social Capital Questionnaire; Resilience Scale (RS); Composite International Diagnostic Interview (CIDI); and the Brazilian Short Version of the Subjetive Well-being (SUBI). The subjective well-being variable was dichotomized into better and worse using the frequency distribution accumulated in the total sample, including the two cities, and using the 70% percentile to establish the cutoff level. The analyzes of the association between subjective well-being and independent variables were performed using Poisson regression and calculated using prevalence ratios (PR) in the Stata 10 software. Three Poisson regression models were constructed with the dependent variable the level of well-being, controlled by demographic, social and mental health variables; a model for the total sample and one for each of the cities. Results: the factors associated with subjective well-being in São Paulo and Rio de Janeiro were different, except for depressive disorders. In São Paulo, the worst subjective well-being was associated with participation in social groups (PR = 1.07); and to the diagnosis of depressive disorder, with an association directly associated with the severity of the symptoms, moderate (PR = 1.16) and severe (PR = 1.18). In Rio de Janeiro, the worst subjective well-being was also associated with the diagnosis of severe depressive disorder (PR = 1.36), but inversely associated with the harmful use of alcohol (PR = 0.85) and help in social groups (PR = 0.93). In the analysis that included both cities (SP and RJ), the fact of living in the city of Rio de Janeiro was inversely associated with worse subjective well-being (PR = 0.95), and was associated with conditions of moderate depressive disorder (PR = 1.15) and severe (PR = 1.21) and participation in social groups (PR = 1.05). Conclusion: the results of the study showed some differences that disagree with what is found in the literature, such as the harmful use of alcohol being inversely associated with the worst subjective well-being in Rio de Janeiro and participation in social groups being associated with the worst well-being. being subjective in São Paulo, which makes us think about the importance of mediating the socio-cultural context in the perception of the well-being of the populations. This hypothesis is reinforced by the fact that these two largest Brazilian cities differ considerably in their economic, demographic, social organization, working conditions, leisure and values.

Keywords: subjective well-being; population survey; epidemiology; cross-sectional study; health; quality of life.

4. LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Definição de saúde

Figura 2 – Diferenças entre bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo

Figura 3 – Captura de tela do portal Pubmed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

Figura 4 – Mapa da cidade de São Paulo dividido por distritos administrativos e classificados por nível de homicídios de acordo com os dados do SEADE (2004)

Figura 5 – Mapa da cidade de São Paulo dividido por distritos administrativos sorteados para a pesquisa, classificados por nível de homicídios de acordo com os dados do SEADE (2004)

Quadro 1 – Versão brasileira curta do “Subjective Well-Being – SUBI”

5. LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – O bem-estar subjetivo nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744)

TABELA 2 – Análise de Poisson – O bem-estar subjetivo associado a variáveis demográficas nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

TABELA 3 – Associação entre Capital Social e Bem-estar subjetivo nas cidade de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

TABELA 4 – Associação entre bem-estar subjetivo e capital social na cidade de São Paulo (N=2536).

TABELA 5 – Associação entre bem-estar subjetivo e capital social na cidade do Rio de Janeiro (N=1208).

TABELA 6 – Associação entre resiliência e bem-estar subjetivo nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

TABELA 7 – Associação entre bem-estar subjetivo e resiliência na cidade de São Paulo (N=2536).

TABELA 8 – Associação entre transtornos mentais e bem-estar subjetivo nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

TABELA 9 – Associação entre bem-estar subjetivo e transtornos mentais na cidade de São Paulo (N=2536).

TABELA 10 – Associação entre bem-estar subjetivo e transtornos mentais na cidade de Rio de Janeiro (1208).

TABELA 11 – Associação entre bem-estar subjetivo e as variáveis pessoais, sociais e de saúde mental nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744)

TABELA 12 – Associação entre bem-estar subjetivo e as variáveis pessoais, sociais e de saúde mental na cidade de São Paulo (N=2536)

TABELA 13 – Associação entre bem-estar subjetivo e as variáveis pessoais, sociais e de saúde mental na cidade de Rio de Janiero (N=1208)

6. LISTA DE ABREVIAÇÕES

BEP – Bem-estar psicológico

BES – Bem-estar subjetivo

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CIDI – Composite International Diagnostic Interview

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CS – Capital social

ER – Escala de Resiliência

EUA – Estados Unidos da América

FAPESP – Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo

FSP – Faculdade de Saúde Pública

GWP - Gallup World Poll

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

ISA-CAMP – Inquérito Domiciliar de Saúde de Base Populacional no Município de Campinas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RJ – Rio de Janeiro

SDGs - Sustainable Development Goals

SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados

SP – São Paulo

SUBI – Subjective Well-being Instrument

TCLE – Termo de consentimento livre esclarecido

TEPT – Transtorno de estresse pós-traumático

UNISANTOS – Universidade Católica de Santos

USP – Universidade de São Paulo

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life instrument

7. PREFÁCIO

Escrever ou falar sobre saúde, qualidade de vida, bem-estar e felicidade, em um trabalho científico, está se fazendo uma das tarefas mais difíceis, intrigantes e demasiado lenta de toda minha vida. Talvez porque eu achasse que fosse fácil demais, a subestimei, tornando-a um desafio.

Lembro-me como se fosse hoje do primeiro contato com o tema, no ano de 2010, enquanto ainda estava na graduação, em uma reunião informal com o meu futuro orientador, Dr. Sérgio Baxter Andreoli, no campus da Universidade Católica de Santos, onde localizava-se o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva naquela época. Naquela ocasião, eu estava acabando uma revisão de literatura sobre depressão e mulheres, com um olhar antropológico, que desenvolvia sob orientação da Dra. Denise Martin, e não via a hora de me debruçar de cabeça em estudos com objetivos de pesquisa mais “positivos”, digamos assim. Quando o Dr. Sérgio me contou sobre o seu trabalho com bem-estar subjetivo eu fiquei muito motivada e interessada em estudar “aquilo” que, na minha interpretação, orientava a minha vida. O que eu não poderia prever, naquele momento, era o tamanho da complexidade que o tema envolvia e o quanto de tempo eu iria precisar para chegar até aqui.

Sobre a complexidade do tema e o seu “poder oculto” de despertar sentimentos e sensações, eu só fui me dar conta em meados de 2013, num processo de associação livre durante uma sessão de terapia. Percebi que o que me levou a deitar novamente sobre um divã, pós-alta, foi a leitura do prefácio do livro “Felicidade: uma história” de Darrin M. Mcmahon, que havia sido emprestado com muita gentileza pelo Dr. Sérgio, em 2011, como forma de

introdução ao nosso trabalho. A leitura de um simples prefácio, que em um primeiro momento eu havia achado que seria meu objeto de pesquisa ainda durante a graduação, me paralisou, e quase não permitiu que eu terminasse a leitura do livro integralmente, que só ocorreu em 2013, após aquele insight deitada no divã. Durante todo este intervalo de tempo em que o livro ficou comigo, amarelando as páginas na cabeceira da minha cama, e a minha face quando encontrava o meu orientador, eu não consegui desenvolver um projeto de pesquisa que contemplava o tema exclusivamente do bem-estar, da qualidade de vida, ou da felicidade, por assim dizer, provavelmente porque estava fazendo uso do mecanismo de defesa mais simples, básico e prevalente: a negação.

Assim, o tempo passou, e eu fui e voltei algumas dezenas de vezes até fecharmos o objeto de pesquisa em “o bem-estar subjetivo de indivíduos com depressão”. Eu, que havia planejado tanto estudar felicidade, acabei voltando para depressão. Confesso novamente que, em um primeiro momento, eu não entendia isso, cheguei até a ficar um pouco decepcionada comigo mesmo, mas aos poucos eu fui aceitando e agradecendo o que eu tinha: uma pesquisa financiada pela FAPESP, que de uma forma ou de outra, tinha o bem-estar envolvido e assim, me debrucei incansavelmente sobre o tema durante bons anos.

Foram tantos bons anos trabalhando com depressão que até mesmo este próprio trabalho aqui apresentado, desenvolvido para o tão sonhado título de doutorado, até algum tempo atrás, também seria com o tema depressão, seguindo os mesmos modelos dos estudos anteriores e tentado responder perguntas que no decorrer desta longa caminhada, ficaram em abertas. Mas, por

obra do destino, tudo mudou e eu cheguei aqui, tentado apresentar resultados que ajudem a entender, justificar e interpretar bem-estar e felicidade para a população brasileira.

Esta mudança dos temas começou efetivamente em fevereiro de 2018, quando eu fui fazer um curso de verão na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) sobre Inquéritos de Saúde para aperfeiçoar o meu projeto de pesquisa do doutorado que era investigar o “acesso e o uso de serviços de saúde por indivíduos diagnosticados com transtorno depressivo na população geral da cidade de Santos”. Contudo, na primeira aula, durante a apresentação do grupo de Campinas sobre o ISA-CAMP, meu estômago começou a embrulhar, minha respiração mudou e senti uma vontade imensa de falar sobre felicidade. As professoras do curso, pesquisadoras do ISA-CAMP, apresentaram dados sobre a felicidade da população idosa em Campinas e todos os alunos da sala ficaram muito interessados e fizeram muitas perguntas. Eu também queria muito discutir aquilo. Naquele momento eu queria mais discutir aquilo do que aprender sobre inquéritos de saúde. Mas não consegui, primeiro porque tínhamos uma grade horária para cumprir e segundo porque as professoras foram embora mais cedo, antes do término da aula, por serem de outra cidade, e infelizmente eu não consegui pará-las no corredor.

Voltei para casa pensando nisso. Terminei o curso pensando nisso. Fiquei praticamente um semestre inteiro pensando nisso, até apresentá-lo ao Dr. Sérgio, como um “plano B” do projeto de doutorado. Para minha sorte, ele concordou e com o seu aceite, este ensaio começou a nascer.

Nasceu e qualificou! Até o dia 31 de outubro de 2019 estava tudo parecendo a escolha perfeita, no seu tempo certo para a maturidade do tema e

para a minha própria maturidade como pesquisadora também. Finalizei o ano de 2019 com a sensação de dever cumprido e um tempo relativamente suficiente para discutir os resultados da minha pesquisa com a crítica necessária. Mas a vida é sem garantias, e vez ou outra, prega as suas surpresas na gente. E logo nos primeiros meses do ano novo que chegou, me peguei envolta as mesmas dúvidas e sensações subjetivas negativas que senti no decorrer de 2011 e 2012.

A pandemia do Coronavírus mudou o modo de se viver de todos nós. Eu, já ingressa na carreira acadêmica, precisei, assim como todos os membros desta banca e provavelmente toda classe docente do país, quiçá do mundo, me desdobrar em um milhão de partes para cumprir todos os objetivos e tarefas que esse novo momento nos exigiu. No primeiro mês, entre março e abril, eu tirei de letra, trabalhei em torno de 18/20 horas por dia, conseguia manejar os horários e trabalhar em todos os meus afazeres, me sentia feliz e produtiva profissionalmente, embora preocupara e apreensiva com o que estava acontecendo com a saúde pública mundial. Essa apreensão, de certa forma, foi positiva na minha carreira na Saúde Coletiva, pois me ajudou a refletir sobre conteúdos que talvez eu não tivesse pensado fora desse lugar. Bom, tudo que é bom, dura pouco...

No segundo mês, entre abril e maio, a pandemia se agravou e esse cenário me despertou incertezas, medos e cansaço. Eu já não me sentia bem e produtiva como antes. Sentia dificuldade para dormir. Parece que estava prevendo o que estava por vir. De maio em diante, minha vida mudou por completo. Primeiro, as perdas e os lutos eminentes na pandemia se aproximaram de mim, tomando conta de todo o meu ser por um bom tempo, se agravando pela necessidade do distanciamento social, que não me permitiu

compartilhar a dor que sentia com aqueles que passavam o mesmo que eu. Escrever e estudar sobre BES e felicidade se tonou, novamente, a tarefa mais desafiadora da minha vida. Era difícil pensar sobre felicidade. Por muitas vezes o prefácio do livro de Darrin M. Mcmahon “Felicidade – uma história” voltou em minhas reflexões e aquelas sensações provocadas durante a leitura do livro pareciam, ainda com força maior, fazer mais sentido.

Fora todo este clima pesado, triste, de saudades, dúvidas e medos, ou por conta dele, não sei, eu também enfrentei um adoecimento psíquico grave em minha família. Algo que, novamente, me fez sair do eixo. Com o agravamento desse quadro, precisei sair do luto de maio as forças, pois a situação exigia muito equilíbrio e recursos para manejar o problema. Anestesie a dor. Em memória sinto, nesse momento, que não usei apenas o mecanismo de defesa mais frequente postulado por Sigmund Freud, como no passado, a negação. Usei todos os mecanismos de defesa que um ser humano tem disponível. Foram alguns meses de bastante desafios, que nem nos meus maiores pesadelos eu imaginei passar, mas de uma forma ou de outra, hoje, enquanto escrevo estas linhas e já com a situação parecendo equilibrada novamente, acredito que consegui superar. Que todas as adaptações necessárias foram concluídas com êxito significativo. Que termino este período mais forte, mais confiante, mais resiliente, mais satisfeita, e até, por que não, mais feliz.

Porque hoje, para mim, a felicidade não é algo que se mantém o tempo todo num pico máximo de equilíbrio, mas que flui como a correnteza de um rio, buscando sempre a homeostase. Ora as margens desse rio enfrentarão curvas tortuosas e rochosas, provocando correntes desafiadoras, até para navegadores experientes naquele percurso, como a gente. Mas também haverão momentos

com margens mais arenosas, tranquilas, com água cristalina, mais fáceis de lidar, navegar, perfeitas para um mergulho gostoso numa tarde de verão.

Nesse momento, vale voltar a reflexão provocada pelo prefácio do livro de Darrin M. Mcmahon, “Felicidade: uma história”, que hoje, em 2021, pós todas essas vivências, eu discordo, até com um pouquinho de propriedade, do que ele escreveu e que me incomodou profundamente por duas vezes. O prefácio desse livro traz que só podemos dizer que somos felizes no ato de nossa morte, porque a qualquer momento alguma coisa ruim pode acontecer em nossa vida e acabar a nossa felicidade. Que há qualquer momento alguma coisa ruim pode acontecer sim, isso é verdade, eu concordo, a pandemia nos mostrou e ainda nos mostra isso. Mas nada dura para sempre, tudo muda, o tempo todo, e desafios estarão sempre presentes, se farão constantes, a vida é assim, entretanto, isso não invalida a felicidade.

O que a gente viveu, jamais será esquecido. Os momentos bons que tivemos, o privilégio de passar tempo com as pessoas que amamos, o privilégio de se dedicar arduamente em um trabalho que acreditamos, entre outras coisas estarão sempre em nossa memória e proporcionará sentido em nossa história. Nos darão forças para continuar nos dias mais calmos até que os dias difíceis cheguem novamente. Nos lembrarão de que a vida pode ser renovada. Que a felicidade do passado jamais será a mesma, mas nem por isso ela precisa ser desconsiderada, apagada, desaparecida. Ela pode, simplesmente, se reinventar.

Assim, hoje, eu não acredito que só podemos dizer que somos felizes no ato da nossa morte, como prefaciou Darrin M. Mcmahon. Acredito que podemos e devemos usar todas as nossas forças e nossos recursos para fomentar o bem-estar no dia a dia. Buscar manter um equilíbrio entre os dias bons e ruins, entre

os momentos tortuosos e os mais calmos também. Essa para mim é a magia e o segredo da felicidade.

Nesse momento, refletindo, eu percebo que precisei de mais de 10 anos, indo e vindo, para chegar até aqui. Acredito que este trabalho esteja dentro dos objetivos que estipulei, porque nele existe a satisfação e a felicidade, pela oportunidade de escrever sobre bem-estar subjetivo nas linhas por onde decorre essa tese, principalmente considerando o momento que ela está nascendo, durante a pandemia do Coronavírus.

Assim, para iniciar a explanação, será apresentada a revisão de literatura, abordando brevemente os tópicos: saúde e qualidade de vida; bem-estar subjetivo; produto interno bruto, índice de desenvolvimento humano e bem-estar subjetivo; fatores associados ao bem-estar subjetivo; e bem-estar subjetivo e saúde. Em seguida, apresentaremos a metodologia detalhada desse estudo epidemiológico com os resultados discutidos. Para por fim, apresentarmos as considerações finais.

8. REVISÃO DE LITERATURA

8.1 SAÚDE e QUALIDADE DE VIDA

O primeiro princípio da constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), define saúde como o “completo bem-estar, físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). Saúde, como completo bem-estar, implica considerar circunstâncias sociais, econômicas, políticas e culturais, e por isso, requer reflexão e interpretação, podendo não representar a mesma coisa para todas as pessoas. O conceito de saúde, embora definido pela OMS há anos, possui uma característica mutável e deriva da época, do lugar e da classe social em que o indivíduo ou população estão inseridos, além dos valores pessoais, de concepções científicas, religiosas e ou filosóficas predominantes, e por todos estes aspectos, concretiza um caráter subjetivo (SCLIAR, 2007).

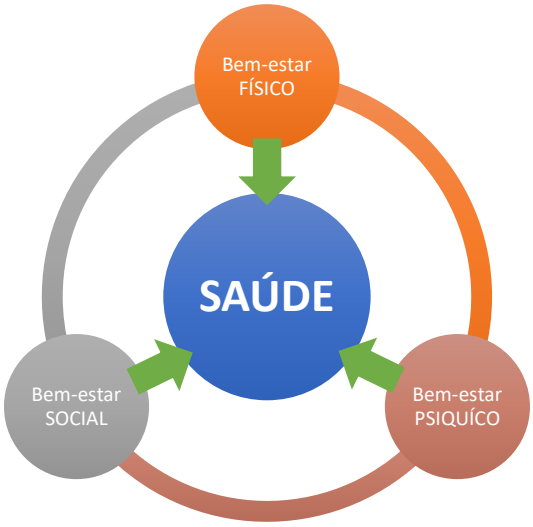


Figura 1 - Elaborada pela autora.

Saúde, entretanto, nem sempre foi entendida dessa forma e por muito tempo o significado de saúde foi simplesmente a ausência de doenças. Atualmente, alguns pesquisadores criticam o conceito de saúde como um perfeito bem-estar, pois o consideram ultrapassado por vislumbrar uma perfeição utópica e inatingível (SEGRE; FERRAZ, 1997). Contudo, embora as críticas se façam presentes no Brasil e em diversos outros países do mundo, essas ainda não possibilitaram a alteração ou modificação da definição proposta pela OMS, muito provavelmente porque pesquisadores não tenham chegado a referenciais teóricos e metodológicos consistentes e eficientes, que inovem a questão da saúde (ALMEIDA FILHO, 2011).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000):

> *"Tornou-se lugar-comum, no âmbito do setor saúde, repetir, com algumas variantes, a seguinte frase: saúde não é doença, saúde é qualidade de vida. Por mais correta que esteja, tal afirmativa costuma ser vazia de significado e, frequentemente, revela a dificuldade que temos, como profissionais da área, de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública. Dizer, portanto, que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que saúde não é mera ausência de doença, já é um bom começo, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico".*

O termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em seu livro sobre economia e bem-estar (KLUTHCOVSKY E TAKAYANAGUI; 2007). No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar esta

tese e dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO; HARTZ E BUSS, 2000). Para esses autores:

> *"O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida".*

Para Fleck (2008), a introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde encontrou outros construtos presentes afins, os quais tiveram um desenvolvimento independente e cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções, sendo alguns distorcidos por uma visão eminentemente biológica e funcional, como status de saúde (funcional / incapacidade / deficiência) enquanto outros são de bases psicológicas e sociais como bem-estar; satisfação e felicidade.

Para a OMS, qualidade de vida é *"a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação as suas expectativas, seus padrões e suas preocupações*" (THE WHOQOL GROUP, 1998). Este conceito, bastante amplo, considera de maneira complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, crenças pessoais e relações significativas com o meio ambiente (FLECK, 2008).

Assim, saúde, com o significado de conservação da vida, cura e bem-estar, pode, também, caracterizar um estado positivo de se viver, aplicável a

todos os seres vivos e qualidade de vida, por sua vez, com um significado subjetivo de percepção sobre a própria vida, permite aproximação do conceito de bem-estar (LUZ, 2009).

Sendo assim, o bem-estar pode, dependendo do referencial teórico, permanecer como o sujeito principal quando falamos nos conceitos de saúde e de qualidade de vida. Quando aproximamos a entendimento de saúde com o de qualidade de vida, como nos provoca Minayo; Hartz e Buss (2000), o bem-estar se faz ainda mais importante e evidente. Bem-estar, entretanto, como construto, pode ser diferenciado em dois grandes domínios, que englobam áreas diferentes e complementares na composição da subjetividade humana, sendo eles: o bem-estar psicológico (BEP) e o bem-estar subjetivo (BES).

O bem-estar psicológico está relacionado ao funcionamento positivo, ou seja, envolve o desenvolvimento humano, o propósito de vida e a capacidade do indivíduo de adaptar-se e enfrentar os desafios da própria vida. De certa forma, o foco do BEP está em avaliar características associadas ao funcionamento psicológico positivo, que pode ser passível de desenvolvimento e crescimento contínuo, mediante técnicas e aprimoramento pessoal (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLE, 2015). Ryff e Keyes (1995), grandes estudiosos sobre BEP, apresentaram um modelo de bem-estar composto por 6 componentes de funcionamento psicológico positivo, que são: autoaceitação; crescimento pessoal; sentido e significado de vida; relações positivas com outros; domínio do ambiente com capacidade de manejar a vida; e autonomia (GIACOMINI, 2004).

Já o bem-estar subjetivo, embora contenha aspectos cognitivos de avaliação sobre a própria vida, está intimamente relacionado ao prazer e a satisfação com a vida, ou seja, a quantidade maior de afetos positivos quando

comparadas aos afetos negativos em um intervalo de tempo, o que a literatura explora de maneira aproximada do sentimento de felicidade (DIENER, 2000). A figura abaixo ilustra desta diferença em formato de esquema.

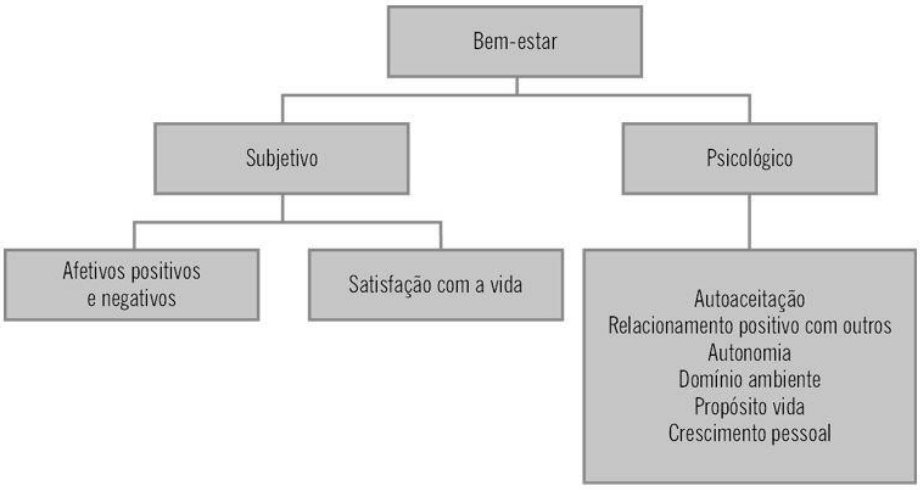


FIGURA 12.6.1 ► DIVISÃO ESQUEMÁTICA DOS COMPONENTES DO BEM-ESTAR.

Figura 2 - GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2015.

O BEP, embora importante para a saúde mental e para a saúde como um todo, não entrará como objeto de pesquisa nesse trabalho, por isso não discorreremos sobre a sua explanação. Na presente pesquisa utilizaremos apenas o construto do BES, como referenciado no próximo subcapítulo.

8.2 BEM-ESTAR SUBJETIVO

O bem-estar subjetivo é um construto que envolve a auto percepção sobre a satisfação com a própria vida e com as atividades exercidas, a presença de afetos positivos e prazerosos e a ausência, ou pouca incidência de afetos negativos e desprazeres na vida de um indivíduo (DIENER, 2000).

Esse construto começou a aparecer na literatura na década de 1960, quando pesquisadores buscavam por medidas de BES como indicadores de qualidade de vida com o objetivo de gerar mudanças sociais e implantar políticas públicas que melhorassem a vida da população (DIENER, 2009; PEREIRA, 2017). Na década de 1970, o conceito começou a ser estudado de maneira teórica e empírica e muitos filósofos e cientistas sociais se propuseram a definir bem-estar em todos os seus desdobramentos, incluindo BES utilizado como sinônimo de felicidade (PEREIRA, 2017). Embora não haja um consenso entre o meio científico, pois alguns pesquisadores consideram a felicidade uma coisa e não um construto (SELIGMAN 2011), Campbell, Converse E Rodgers (1976) com o livro “The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions” e Argyle, M. em seu livro “The Psychology of Happines” (2001) apontam que a felicidade está relacionada a presença de afetos e emoções positivas, ausência de emoções negativas e a satisfação dos indivíduos com a própria vida, assim como acontece com o construto do BES.

Um pouco mais adiante, em 1984, o conceito de BES foi apresentado por Ed Diener como contendo três aspectos indispensáveis, sendo eles, o primeiro, evidenciando a necessidade da presença maior e mais frequente de afetos positivos do que dos afetos negativos; o segundo, relacionado ao julgamento

global que a pessoa faz sobre sua vida, podendo ser nomeada como a satisfação com a própria vida; e o terceiro e talvez o mais importante, relativo ao caráter subjetivo, ou seja, relacionado a experiencia individual e ao conjunto de valores de cada ser humano (DIENER, 1985; PEREIRA, 2017).

Esta definição permanece até a presente data, inclusive foi citada no primeiro parágrafo desse subcapítulo, mas o interesse por este construto, por sua vez, ampliou-se de maneira significativa e as investigações científicas sobre o tema se tornaram interdisciplinares, com pesquisas provenientes de diversos campos, incluindo psicologia, economia, sociologia, filosofia, gerontologia e ciências da saúde (DIENER, LUCAS e OISHI, 2018).

Na área da psicologia, os trabalhos sobre o BES, tem crescido reconhecidamente nos últimos tempos, abrangendo estudos que têm utilizado as mais diversas nomeações tais como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo, além de também ser considerada a avaliação subjetiva da qualidade de vida (GIACOMINI, 2004). Talvez, por esta aproximação com o conceito de qualidade de vida e sua incorporação, de forma complexa, com a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais, as relações com os aspectos significativos do meio-ambiente e possuir a subjetividade como aspecto fundamental as pesquisas no campo da saúde também se fazem cada vez mais frequentes (FLECK, 2008). Uma pesquisa rápida no Pubmed, colocando apenas o termo *subjective well-being* como busca, nos permite encontrar mais de 500.000 artigos publicados, com uma crescente cada vez maior de pesquisas nos últimos anos.

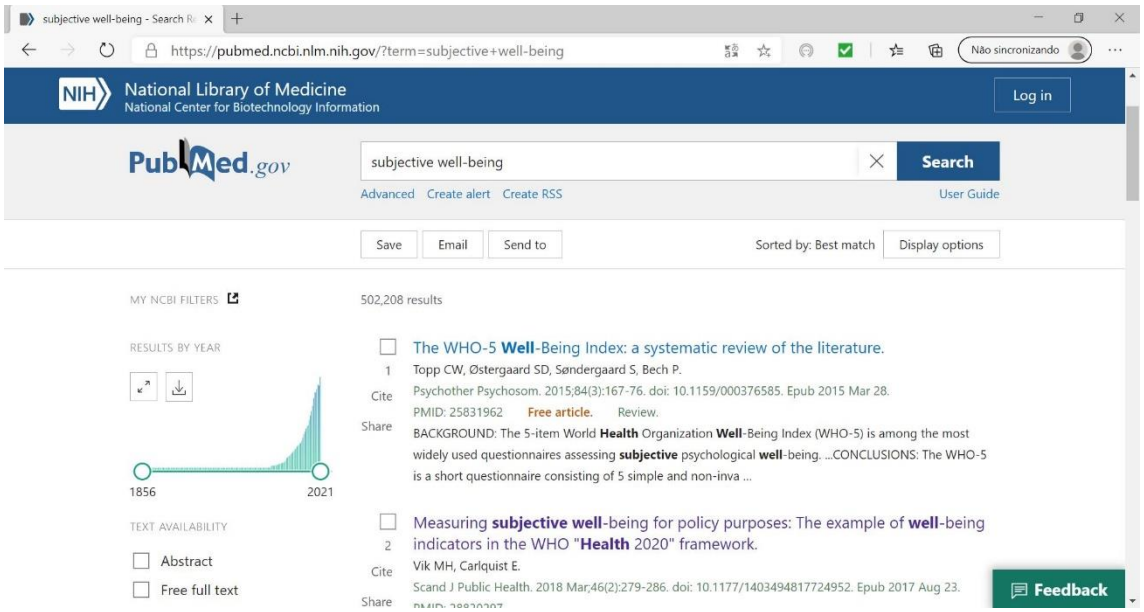


*Figura 3 – Captura de tela do portal **Pubmed** (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/). Consultado em 16/01/2021*

Concomitantemente a elevação de interesse pela comunidade científica, principalmente do campo da psicologia e da saúde, alguns países começaram a utilizar e recomendar o BES como medida para avaliar as políticas do governo, avaliar o progresso econômico e social e fornecer uma avaliação mais ampla, tanto da qualidade de vida, como da saúde de uma sociedade, que antes eram feitas por meio do Produto Interno Bruto (PIB) e do Índice de Desenvolvimento Econômico (IDH) (STIGLITZ, SEM e FITOUSSI, 2009). O estado da arte sobre o uso de medidas de BES como avaliação de desenvolvimento econômico e de governo será o tema do próximo subcapítulo.

8.3 PIB, IDH E BES

O PIB é a medida de atividade econômica mais utilizada mundialmente. Existem padrões internacionais para seu cálculo, e muito pensamento foi dispensado para suas bases estatísticas e conceituais, resultando em um prêmio Nobel ao seu idealizador Simon Smith Kuznets, em 1971. A medida surgiu com a premissa de que a avaliação do desenvolvimento econômico estaria associada a avaliação do bem-estar da mesma população e por isso ela foi e ainda é usada com este objetivo (PEREIRA, 2017). Entretanto, hoje sabemos que o PIB mede principalmente a produção de mercado e não o bem-estar ou a qualidade de vida, como tem sido frequentemente tratado. A Economia, por meio do PIB, avalia a qualidade de vida das sociedades tão somente por meio da quantidade de bens, mercadorias e serviços que são produzidos pelas comunidades, ficando muito distante de conseguir avaliar a subjetividade que envolve o modo de vida da população (GIACOMANI, 2004).

Desta forma, usar o crescimento do PIB associado ao bem-estar, pode levar a indicações enganosas sobre o quão bem as pessoas estão vivendo e implicar em decisões políticas erradas, que diminuem a qualidade de vida, por não considerar aspectos não-monetários de bem-estar. Para exemplificar, podemos citar o aumento do congestionamento nas grandes cidades, que levarão ao aumento do consumo de gasolina, o que impactará positivamente o PIB, mas impactará negativamente a qualidade de vida da população nesta situação (STIGLITZ, SEM e FITOUSSI, 2009). Desta forma, a Comissão sobre a Medição de Desempenho Econômico e Progresso Social recomenda que medidas subjetivas de bem-estar devem ser usadas ao invés de dados

econômicos objetivos para avaliar o progresso social e econômico (STIGLITZ, SEM e FITOUSSI, 2009), pois avaliações subjetivas podem fornecer resultados melhores sobre o impacto de intervenções ou decisões de políticas públicas sobre a qualidade de vida (DIENER, LUCAS e OSHIO, 2018).

Antes das recomendações da referida Comissão, outro indicador foi criado com o objetivo de fornecer um contraponto ao PIB, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Trata-se do Indicador de Desenvolvimento Humano, ou IDH, que carrega a pretensão de ser uma medida geral e sintética do desenvolvimento humano, que foi criado por Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amsemya Sen, também ganhador de um Prêmio Nobel de Economia. Apesar de ampliar a perspectiva sobre o desenvolvimento humano, quando comparado ao PIB, o IDH não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e não é uma representação da “felicidade” das pessoas, nem indica “o melhor lugar no mundo para se viver”. O IDH mede o progresso de uma nação a partir de três dimensões: renda, saúde e educação (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, 2020).

> *“O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma das formas mais tradicionais de se avaliar qualidade de vida em grandes populações. (...) tem por objetivo ser um indicador sintético de qualidade de vida e está alicerçado na noção de capacidades, ou seja, numa leitura ampliada do conceito de desenvolvimento humano no qual, por exemplo, saúde e educação são dimensões importantes para a expansão das capacidades dos indivíduos. Assim, uma análise crítica deste indicador é sempre importante, pois este poderia estar mais relacionado com o crescimento e menos com o desenvolvimento que seria um conceito mais amplo considerando mudanças histórias da sociedade”. (Minayo, Harts e Buss, 2000)*

Retornando as recomendações da Comissão sobre a Medição de Desempenho Econômico e Progresso Social, sua importância se faz devido,

enquanto o PIB e o IDH trabalham com medidas de aspectos objetivos, o BES é determinado por fatores que ultrapassam as coisas materiais em si, se relacionado mais aos aspectos como saúde, longevidade, capital social, qualidade das instituições, produtividade econômica e momentos de lazer (LAMU e OLSEN, 2016). O BES nos possibilita usar uma medida de qualidade de vida subjetiva, ou seja, de usarmos um construto que mede a percepção de uma pessoa sobre como ela avalia estar a qualidade de sua vida (DIENER, LUCAS e OSHIO, 2018). E embora um nível alto de BES não seja suficiente para definir se a vida de uma pessoa é boa, ele aparece como indispensável para isso (DIENER, 2000).

Para efeito de curiosidade, Diener e Tay (2015) analisaram a qualidade de vida de 164 nações seguindo as recomendações da Comissão sobre a Medição de Desempenho Econômico e Progresso Social, que exigem o uso de vários indicadores para capturar várias facetas da qualidade de vida nas sociedades. Os dados foram coletados no website da Gallup Organization, o Gallup World Poll (GWP), um dos maiores e mais representativos banco de dados com informação da maioria dos países, e incluíram informações do ano de 2005 até 2013. Nessa avaliação o Brasil ocupou a 65° posição, entre as 164 possíveis, ficando atrás dos países sul-americanos Uruguai 37°, Venezuela 48° e Argentina 61°. Os países que ocuparam as 5 primeiras colocações foram: Islândia; Noruega; Suíça, Dinamarca e Luxemburgo, respectivamente.

Em paralelo, quando as pessoas são questionadas sobre o que é uma vida boa, elas tendem a responder que uma vida boa está relacionada a saúde, felicidade e satisfação com a vida. Seguindo este caminho, quando um governo decide implantar políticas para melhorar a saúde da população, por exemplo, ele

tende não só a melhorar a saúde, mas também o bem-estar da mesma população, envolvendo felicidade e satisfação com a vida (NGAMABA, *et. al.*, 2017). Continuando, como efeito dominó, melhorar o nível de BES que o indivíduo vivencia diariamente refletirá satisfatoriamente em diversos outros domínios de suas atividades cotidianas e demandas contextuais (por exemplo: bom desempenho, motivação, satisfação, etc.), o que tende a espelhar capacidade de obter prazer e sentir-se produtivo (DIENER, 2000). Por isso, estudos que pesquisem o bem-estar subjetivo das populações podem ser de grande valia para orientar as políticas pública (NGAMABA, 2016). O próximo subcapitulo buscará abordar alguns desses fatores associados ao BES publicados na literatura.

8.4 BES, POPULAÇÃO GERAL E FATORES ASSOCIADOS

As primeiras teorias de bem-estar subjetivo, que foram denominadas e conhecidas como *bottom-up e top-down,* estavam preocupadas em identificar como e quais fatores internos (top-down) e externos (bottom-up) afetavam a felicidade (DIENER, *et. al*., 1999; GIACOMINI, 2004). No nosso trabalho vamos concentrar a revisão de literatura apenas sobre os fatores extrínsecos que influenciam o BES, os chamados bottom-up, que nada mais são do que os eventos externos, situações de vida e variáveis sociodemográficas associadas ao BES, das quais nós possuímos informação disponíveis no nosso banco de dados para análise e interpretação. Optamos por não discorrer sobre os fatores internos (top-down) que envolvem as questões associadas as características de personalidade, porque, embora cientificamente aclamados e importantes atributos para o BES, nós não possuímos dados empíricos suficientes para analisar e interpretar, ficando como sugestão para um trabalho futuro.

Dentro das variáveis que envolvem o bottom-up, relacionadas aos fatores externos que impactam ou estão associados ao BES, é consenso em muitos trabalhos que o país onde o indivíduo vive acaba por ter consequências inevitáveis para sua vida e seu BES, principalmente os fatores relacionados as oportunidades de trabalho, a renda e as possíveis desigualdades percebidas, o nível educacional, o status conjugal, a democracia, o capital social, a qualidade dos cuidados de saúde, a liberdade e o risco de violência, como ser vítima de um crime ou até participar de uma guerra (DIENER, *et.al*., 1999; DIENER e BISWAS-DIENER, 2002; LUCAS, *et.al*., 2004; MORRISON, TAY e DIENER, 2011; WOYCIEKOSKI, STENERT e HUTZ, 2012; JORM e RYAN, 2014). Os cientistas sociais indicam que baixas taxas de crime, expectativa de vida

longínqua, respeito pelos direitos humanos e distribuição equitativa dos recursos estão associados ao melhor BES na população (GIACOMANI, 2004).

O trabalho de Morrison, Tay e Diener (2011) indicou que a satisfação com o país em que vive é um grande preditor de satisfação com própria a vida, mesmo quando controlado por diversas outras variáveis associadas ao BES que foram publicadas em pesquisas anteriores. O interessante desse trabalho foi abordar o porquê países de baixa renda, do qual grande parte da população não tem acesso direto a satisfação de necessidades básicas, possuem um nível alto de satisfação com a vida. Para estes autores, a resposta está na identificação da população de que uma de suas necessidades esteja garantida, e muitas vezes essa necessidade garantida envolve a teoria da identidade social, ou seja, a participação em um grupo. Quando a população percebe um alto nível de capital social, ou seja, quando percebe e valoriza o coletivo, ela tende a ter mais satisfação com a vida, quando comparado com países desenvolvidos que possuem característica mais individualista. Esses achados também foram postulados em 1976 por Campbell e colaboradores, demostram que o sentimento de pertencimento e participação social é um grande associado ao BES.

O capital social e termos associados como rede de apoio, suporte social e relacionamentos positivos por exemplo, tem apresentado resultados positivos na associação com o BES (CRAMM, MOLLER e NIEBOER, 2010; KHAN e HUSAIN, 2010; KUTEK, TURNBULL e FAIRWEATHER-SCHMIDT, 2011; BECKER, *et. al*., 2019). No trabalho de Wang (2016), os idosos com uma rede social grande e uma autopercepção positiva sobre o suporte social tiveram resultados positivos relacionados com o BES. Algumas pesquisas apontam que

o capital social não somente se relaciona positivamente, mas também é necessário para o BES (DIENER e SELIGMAN, 2002; DIENER e OISHI, 2005). Para Diener e Seligman (2002), pessoas com uma vida social rica e satisfeitas com seus relacionamentos sociais ficam menos tempo sozinhas, comparada com a média da população. Para eles, os relacionamentos sociais são universalmente importantes para a felicidade de todos os seres humanos, assim como a alimentação e a termorregulação.

Nesse sentindo a presença de relações de amizades parece contribuir significativamente para qualidade de vida e BES, assim como a presença de um companheiro afetivo (WOYCIEKOSKI, STENERT e HUTZ, 2012). Para BECKER *et. al*., 2019, o estado civil e a paternidade foram significantemente associados ao melhor BES entre idosos europeus. Lucas *et. al.* (2003), em um estudo longitudinal acompanhando 24.000 pessoas durante 15 anos, encontraram um impacto positivo no BES após as pessoas se casarem e, por sua vez, um impacto negativo no BES após eventos da vida como divórcio e viuvez. Em uma pesquisa realizada na Korea, de modo geral, o estado civil casado foi associado ao melhor BES, mas quando controlado por outros fatores que também estão associados ao BES, este resultado permaneceu positivo entre as mulheres casada, mas foi associado negativamente ao BES dos homens casados (LEE, 1998). De qualquer forma, relacionamentos sociais, que podem incluir também o casamento, são cruciais para a saúde e para o bem-estar da população e receber cuidado e apoio de pessoas próximas promovem resultados de saúde significativamente melhores (TATANGELO, *et. al*., 2017).

Continuando sobre os fatores externos que podem interferir no BES da população, é comum encontrar variáveis como renda e nível educacional como

fatores que contribuem para o BES. As condições socioeconômicas possuem impacto nos níveis de BES e as pesquisas parecem apontar que o dinheiro pode trazer felicidade, assim como sua falta pode gerar infelicidade também (WOYCIEKOSKI, STENERT e HUTZ, 2012). Para Kahneman e Deaton (2010), a renda tem um impacto positivo no BES do indivíduo, mas até um determinado patamar, que na pesquisa deles foi o ganho anual de 75.000 dólares (valor não atualizado para presente data; referente ao ano 2010, quando o artigo foi publicado). As pessoas que foram classificadas com ganhos anuais acima desse valor, não tiveram associação significativa com o BES, mas as classificações de renda abaixo desse valor sofreram impacto significativo a cada categoria de renda maior alcançada. Contudo, a pesquisa de Ng e Diener (2014), trouxe reflexões importantes na associação entre satisfação financeira e BES. Para esses autores, a satisfação financeira é essencial e foi a associação mais forte com a avaliação da vida e o bem-estar subjetivo e, ao contrário da crença popular, essa satisfação tem um impacto mais forte no BES entre os países mais ricos do que entre os países mais pobres. Já as condições sociais que promovem a autonomia (uma renda equivalente aos custos de vida de um cidadão) e as relações sociais são importantes em todas as sociedades, pois o atendimento de tais necessidades também pode melhorar substancialmente bem-estar.

Por fim, existe uma quantidade substancial de evidências de suporte para a conclusão de que o nível alto de BES é benéfico para inúmeros fatores, como a produtividade e cidadania, relacionamentos sociais e de apoio e, principalmente, para a saúde e longevidade. Existem agora várias revisões disponíveis, com base em estudos experimentais, longitudinais e outros tipos de pesquisa, que indicam que o BES ajuda a melhorar aspectos da vida como

relacionamentos e saúde. Com esses achados, concluímos que além dos fatores como renda, estado civil, relacionamentos sociais, satisfação com o país, entre outras que possuem impacto no BES, uma variável que é determinante para isso e que ainda não foi abordada é a saúde, seja ela como uma medida de melhora clínica ou como autopercepção do paciente. Sobre a associação entre BES e saúde, o próximo subcapítulo buscará trazer essa reflexão e aproximação.

8.5 BEM-ESTAR SUBJETIVO E SAÚDE

Com o aumento da longevidade, a diminuição de epidemias de larga escala e o aumento dos transtornos mentais e de comportamento que emergiram a partir da década de 80 em todo o mundo, os indexadores de saúde existentes e comuns naquela época, como morbidade e mortalidade se apresentaram como insuficientes. Assim como as principais medidas objetivas de desenvolvimento e crescimento econômico, apresentadas no subcapítulo anterior, não estavam associadas a satisfação com a vida ou felicidade, as escalas objetivas de saúde aplicadas para essas novas situações não comportavam uma avaliação subjetiva do bem-estar dos pacientes, apresentando-se assim como uma lacuna no campo de conhecimento. Diante desse panorama, alguns pesquisadores iniciaram o processo de implantação do construto do BES na área da saúde, com seu uso associado, naquele primeiro momento, com a promoção de saúde e os desfechos positivos na área da saúde (HUNT e MCEWEN, 1980; FLECK, 2008; GORENSTEIN, WANG e HUNGERBÜHLE, 2015).

É inegável a importância de se usar medidas objetivas de desfecho em saúde, tais como a redução de sintomas, por exemplo, para gerenciar e avaliar a recuperação dos pacientes. Essas avaliações sozinhas, entretanto, se tornam insuficiente quando nos referimos a alguns quadros clínicos, como o das doenças crônicas e mentais, por exemplo, e temos o objetivo de reduzir o sofrimento e o impacto da doença nas diferentes áreas da vida do paciente (FLECK, 2008). A avaliação clínica objetiva se concentra, frequentemente, na melhora dos sintomas ou no não progresso da doença, ou seja, avaliam muito mais a doença em detrimento do doente, enquanto os pacientes se concentram no seu bem-estar e avaliam a sua melhora quando se sentem mais confortáveis

ou quando podem voltar a realizar as suas atividades de maneira satisfatória (BERLIM, *et al*., 2008).

É a popular divergência entre "*illness*" e "*disease*". Enquanto o profissional da saúde se concentra na doença (disease) e seus aspectos objetivos como gravidade dos sintomas e tratamento, o paciente, por sua vez, valoriza a experiência da doença, os sentimentos subjetivos que envolvem a condição de estar doente e quando aquela condição impacta o seu cotidiano e a sua rotina (illness). Embora esse panorama vem buscando se transformar nos últimos anos, nas práticas clínicas atuais ainda observamos a insuficiência das medidas subjetivas de desfecho em saúde quando, em diversos estudos, nos deparamos com médicos e pacientes discordando sobre a gravidade dos sintomas e sobre o sucesso do tratamento aplicado (FLECK, 2008).

Para além do uso de medidas de BES como instrumentos de desfecho em saúde, a literatura traz um grande arsenal teórico sobre a associação entre o nível de BES e a saúde vivenciada e percebida. Já se é evidenciado por meio de revisões de literatura e meta-análises que o BES traz benefícios para a saúde e para a longevidade, influenciando positivamente a saúde e diminuindo a mortalidade; favorecendo comportamentos saudáveis (atividades físicas; dieta saudável; e qualidade do sono); melhorando o funcionamento fisiológico (fertilidade, sistemas cardiovascular, endócrino e imune, por exemplo); e aumentando ou diminuindo o estresse. A presença de emoções positivas também está associada com a resiliência, que favorece o indivíduo a voltar mais rapidamente ao seu equilíbrio de humor, satisfação e/ou fisiológico, após a exposição a um fator estressor (DIENER e CHAN, 2011; DIENER, *et. al.,* 2017). Embora a maioria dos dados estejam no nível individual, alguns dados indicam

que as descobertas benéficas generalizem para o BES de grupos também. Lawless e Lucas (2011), descobriram que lugares com maior nível de BES também são os lugares menores taxas de mortalidade por doenças cardíacas, homicídio, doença hepática, diabetes e câncer.

Enfim, para muitos pesquisadores, o BES está associado a saúde e a saúde está associada ao BES. Binder e Coad (2011) investigaram quais doenças mais influenciavam o BES de uma pessoa e encontraram que uma saúde ruim pode impactar drasticamente o BES de uma pessoa, com algumas condições impactando mais do que outras. Para eles, se a saúde tinha um efeito positivo no BES, qual era o efeito da doença e de uma saúde ruim para o BES dos indivíduos? A condição de dependência ou uso abusivo de álcool foi a com associação negativa mais forte com o BES, seguida pelos quadros de ansiedade e depressão. A associação negativa entre Transtornos Mentais, principalmente o Transtorno Depressivo com o BES também é bastante relatada na literatura (CACOZZI, 2017; CACOZZI, *et. al.*, 2021).

Enfim, podemos concluir que o BES é um sentimento subjetivo muito desejável para a sociedade, que pode ser utilizado como ferramenta de pesquisa nos programas de promoção da saúde, nas práticas clínicas (KOIVUMAA-HONKANEN, *et. al.,* 2001) e como indicador de necessidade de intervenções (DIENER, 2000). O BES pode ainda avaliar uma grande quantidade de variáveis em pesquisa sobre grupos-alvo, pois é um importante indicador de qualidade de vida e de funcionamento social (GEORGE, 1986 apud DIENER, *et. al.,* 2009). Para maximizar o BES, entretanto, é necessário primeiramente identificar os principais impulsionadores do BES e os estudos atuais possuem alguns fatores limitantes, como o fato da grande maioria deles serem conduzidos em países

desenvolvidos, pois estes países possuem recursos de financiamento para a pesquisa e os participantes são acessíveis em contraste com os países em desenvolvimento com baixa infraestrutura (NGAMABA, 2016). Assim, a oportunidade de avaliar o bem-estar subjetivo nas duas cidades com as maiores populações brasileiras, por meio de um estudo epidemiológico, pode ser uma ferramenta valiosa para identificar os determinantes do bem-estar subjetivo na vida das pessoas e verificar quais os domínios estão mais associados a esta condição, com o intuito de fornecer informações as políticas públicas, que possam melhorar a vida das pessoas, de maneira objetiva e subjetiva.

9. OBJETIVO

Investigar os fatores associados ao bem-estar subjetivo nas duas cidades com as maiores populações brasileiras (São Paulo e Rio de Janeiro).

9.1 Objetivos específicos:

1. Investigar os fatores pessoais associados ao nível de bem-estar subjetivo nas populações de São Paulo e do Rio de Janeiro.
2. Investigar os fatores sociais associados ao nível de bem-estar subjetivo nas populações de São Paulo e do Rio de Janeiro.
3. Investigar os fatores de saúde mental associados ao nível de bem-estar subjetivo nas populações de São Paulo e do Rio de Janeiro.

10. JUSTIFICATIVA

No relatório publicado pela World Happiness Report em 2019, o Brasil teve uma queda de 15 posições no ranking sobre felicidade. Em 2016, o Brasil ocupara a 17° colocação e no relatório de 2019, caiu para 32°. Sabemos que a felicidade está associada ao bem-estar subjetivo, que, por sua vez, está associado à saúde e longevidade de uma população. O nível de BES alto influencia positivamente a saúde, diminuindo a mortalidade; favorecendo comportamentos saudáveis (atividades físicas; dieta saudável; e qualidade do sono); melhorando o funcionamento fisiológico (fertilidade, sistemas cardiovascular, endócrino e imune); diminuindo o estresse; estando associado com a resiliência, que favorece o indivíduo a voltar mais rapidamente ao seu equilíbrio de humor, satisfação e/ou fisiológico, após a exposição a um fator estressor; satisfação com o casamento; melhor produtividade e funcionalidade, entre outros. Por isso, investigar os determinantes do bem-estar subjetivo na população geral das duas cidades mais populosas do Brasil pode fornecer informações valiosas para ajudar os serviços de saúde, na formulação de políticas públicas e assim poder melhorar a qualidade de vida, a saúde e promover o bem-estar da população.

11. HIPÓTESE

A hipótese do nosso trabalho é que o bem-estar subjetivo das duas maiores cidades brasileiras (São Paulo e Rio de Janeiro) está associado a fatores como melhor renda, rede de apoio e relacionamentos positivos e não ter diagnóstico de transtornos mentais, conforme aponta a literatura.

12. MÉTODO

Os dados que foram utilizados neste estudo foram coletados no estudo de Violência e transtorno de estresse pós-traumático realizado na cidade de São Paulo e Rio de Janeiro (ANDREOLI, *et. al*., 2009). Trata-se de um estudo de corte transversal com amostra probabilística da população geral das duas Cidades.

Esta amostra foi selecionada a partir de amostragem estratificada em multi-estágios (ANDREOLI, *et. al*., 2009). Na primeira etapa, as cidades foram estratificadas por distritos administrativos, classificados em 7 níveis segundo seu grau de violência, utilizando, para isso, o índice de homicídios na região, (SEADE, 2004). A partir do ranking das taxas de violência, os distritos foram agrupados em ordem crescente (1 = menos do que 10 homicídios/100.000 habitantes; 2 =10,01 a 20; 3 = 20,01 a 30; 4 = 30,01 a 40; 5 = 40,01 a 50; 6 = 50,01 a 60; e 7 = mais do que 60). Na segunda etapa, todos os setores censitários de cada estrato foram mapeados e um número que variou de 4 a 18 foi sorteado de acordo com o tamanho da população. Na terceira etapa, 43 casas (São Paulo) e 30 casas (Rio de Janeiro) foram selecionadas consecutivamente (a cada 3 casas) e em cada casa um indivíduo de 15 a 75 anos foi selecionado utilizando o método de Kish (KISH, 1949).

Figura 4 – Mapa da cidade de São Paulo dividido por distritos administrativos e classificados por nível de homicídios de acordo com os dados do SEADE (2004)

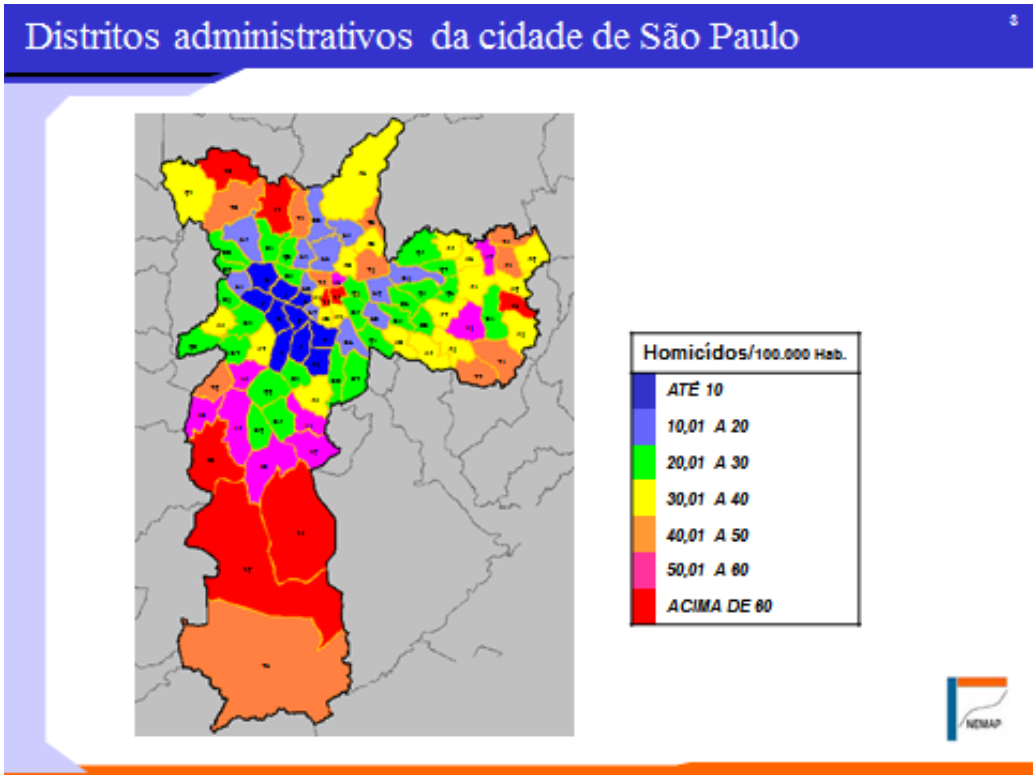
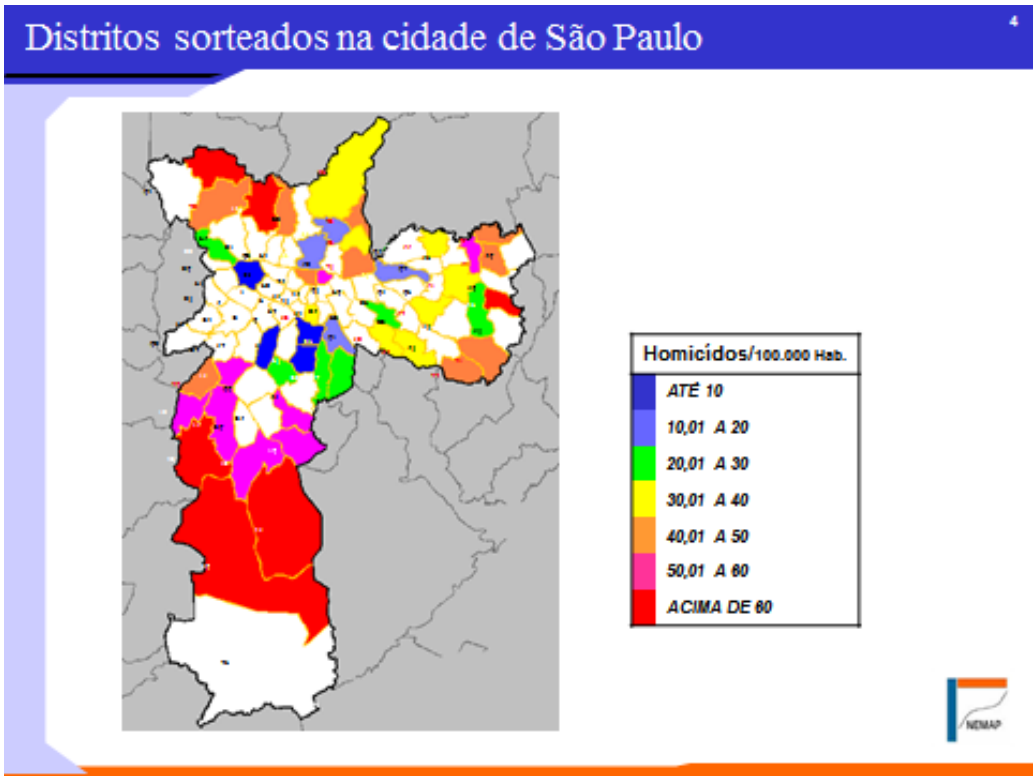


Figura 5 – Mapa da cidade de São Paulo com os distritos administrativos sorteados para pesquisa, classificados por nível de homicídios de acordo com os dados do SEADE (2004)



O tamanho necessário para estimar a prevalência de Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi de 850 entrevistas, considerando uma prevalência de 10%, intervalo de confiança de 95%. Neste estudo, entretanto, o tamanho da amostra estimado foi de 3000 entrevistas em São Paulo e 1500 no Rio de Janeiro, isso porque foi considerada uma taxa de recusa de 20% e houve uma super amostragem dos distritos violentos para aumentar o número de casos prováveis com TEPT (ANDREOLI, *et. al*., 2009).

12.1 INSTRUMENTOS

1. Variáveis pessoais

"Questionário sócio demográfico”: questionário específico para coleta padronizada de dados sócio demográficos, com questões sobre idade, sexo, estado civil, quantidade de filhos, emprego, escolaridade, renda, cor da pele e praticante de religião.

“Resilience Scale”: escala desenvolvida por Wagnild e Young (1993), que avalia o nível de adaptação psicossocial positiva nos acontecimentos significativos da vida. Foi adaptada para o português brasileiro pelo grupo de estudos de Pesce *et. al*. (2005), que realizaram também estudos de confiabilidade e validade deste instrumento (anexo 1).

2. Variáveis de Saúde Mental

“Composite International Diagnostic Interview” (CIDI) versão 2.1: O CIDI é um questionário estruturado desenvolvido em colaboração entre a Organização Mundial da Saúde e a “US Alcohol, Drug, and Mental Health Administration” para utilização em estudos epidemiológicos transculturais (QUINTANA, *et. al*., 2012). É composto por 276 questões distribuídas em 11 seções. No presente estudo, foram utilizadas as seguintes seções: seção D, para Transtorno de ansiedade; seção E, para transtorno depressivo, seção J para transtorno decorrente do uso de álcool e seção K para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). A versão brasileira do CIDI 2.1 foi previamente validada. A sensibilidade e especificidade

para transtorno depressivo (82,5% e 92,8%), transtorno fóbico (80,6% e 93,5%) e uso nocivo e dependência de álcool (79,5% e 97,3%) foram considerado satisfatório (QUINTANA, *et. al*., 2007). Quando validado para a seção de TEPT a sensibilidade foi de 82,4% e a especificidade de 84,8% (QUINTANA, *et. al*., 2012).

3. Variáveis Sociais

"Questionário sobre Capital Social": questionário adaptado a partir do World Bank's Social Capital Assessment Tool, utilizado em estudo realizado em quatro países (Peru, Índia, Etiópia e Vietnã). Este instrumento foi validado para as populações do Peru e Vietnã, e consiste em oito questões. Será traduzido e validado para utilização no presente estudo (DE SILVA, *et. al.*, 2007) (anexo 2).

4. Variável dependente (BES)

Versão brasileira curta do "Subjective Well-Being" (SUBI): O SUBI é um instrumento de quantificação de bem-estar subjetivo desenvolvido na Índia na década de 80. Trata-se de um questionário auto-aplicado e, que na versão original, é composto de 40 perguntas com respostas "muito", "mais ou menos" ou "pouco". A construção desse instrumento partiu de consultas feitas à comunidade, a especialistas e à literatura, tendo seguido uma exploração etnográfica passo a passo (stepwise ethnographic exploration) (SELL & NAGPAL, 1992). Esta é uma das poucas escalas de bem-estar que não deriva das escalas de sintomas psicopatológicos e separa afeto positivo (bem-estar) de afeto negativo (mal-estar) sendo uma medida composta de sentimentos

independentes sobre interesses de vida e bem-estar geral. Nesse estudo, o bem-estar subjetivo (BES) foi avaliado através de seis questões, decorrentes de uma análise fatorial realizada pelos pesquisadores previamente, que avaliam três diferentes domínios: a) bem-estar geral e afetos positivos; b) congruência entre as expectativas e as realizações; e c) transcendência (SELL, 1994).

Quadro 1- Versão brasileira curta do "Sunjective Well-Being – SUBI"

6 QUESTÕES COM POSSIBILIDADES DE RESPOSTAS: "MUITO, MAIS OU MENOS, OU POUCO"

SUBI1	**VOCÊ ACHA QUE SUA VIDA É INTERESSANTE?**
SUBI2	**COMO VOCÊ SE SENTE QUANTO AO QUE CONSEGUIU REALIZAR E VAI CONTINUAR REALIZANDO?**
SUBI3	**VOCÊ NORMALMENTE REALIZA AQUILO QUE QUER?**
SUBI4	**COMPARANDO COM O PASSADO, VOCÊ ACHA QUE A SUA VIDA É**
SUBI5	**VOCÊ EXPERIMENTA ÀS VEZES MOMENTOS DE ALEGRIA INTENSA?**
SUBI6	**VOCÊ EXPERIMENTA ÀS VEZES SENSAÇÃO DE FAZER PARTE DA HUMANIDADE COMO SE FOSSE UMA GRANDE FAMÍLIA?**

*Sell, (1994).

12.2 PROCEDIMENTOS

As etapas para execução do projeto são relacionadas a seguir: o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE), companhia especializada em pesquisas domiciliares, foi contratado para realizar o trabalho de campo. O IBOPE providenciou as entrevistas, a estrutura física e o suporte logístico para o treinamento, gerenciamento e supervisão, que foi realizada pelos próprios pesquisadores. Cada passo do trabalho de campo foi acompanhado pelos pesquisadores (ANDREOLI, *et. al*., 2009).

Treinamento: O curso de treinamento foi composto por 30 horas de teoria e módulo prático, seguido de um estudo piloto. No estudo piloto, cada entrevistador aplicou 10 entrevistas supervisionadas. Reuniões regulares com o supervisor do time foram realizadas a fim de dissolver dúvidas e padronizar procedimentos de entrevistas. Além disso, foi dado aos entrevistadores um manual de procedimentos para padronização de operação que cobriu todos os aspectos do trabalho de campo. Um treinamento adicional foi dado para o supervisor do time (QUINTANA, *et. al.,* 2012).

Coleta de dados: A coleta de dados foi realizada entre Junho/2007 e Janeiro/2008 em São Paulo, e em Outubro/2007 e Julho/2008 no Rio de Janeiro. As entrevistas foram realizadas nas residências dos participantes. Todos os participantes foram informados sobre os riscos da pesquisa e depois assinaram

o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), antes de ser convidados a responder os questionários (ANDREOLI, *et. al*., 2009).

Controle de qualidade: O supervisor do time verificou todos os questionários dentro da mesma semana que eles foram aplicados. Assim, as inconsistências foram corrigidas quer pela entrevista ou quer pelo supervisor do time dentro de cinco dias. Os supervisores re-entrevistaram 20% de todos os participantes para dupla conferência da precisão do trabalho dos entrevistadores (ANDREOLI, *et. al.,* 2009).

Gerenciamento de dados: Todos os dados foram coletados em papel e introduzidos em um software específico desenvolvido pelo time de gerenciamento de dados do IBOPE. Os dados foram extraídos no formato SPSS, e na limpeza dos bancos de dados foram realizados o processamento dos algoritmos do CIDI 2.1 e as variáveis derivadas (ANDREOLI, *et. al.,* 2009).

Comitê de Ética: O protocolo do estudo foi analisado passo a passo e aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Paulo.

Financiamento: O projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Processo número 420122/2005-2.

12.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

1) Análise descritiva das variáveis pessoais, sociais, de saúde mental e bem-estar subjetivo por cidade. Esta análise foi feita por meio de tabela de contingência e as associações verificadas por meio do teste de qui-quadrado. Nesta análise adotou-se o nível de significância de 5%.
2) Análise descritiva e exploratória do nível de bem-estar subjetivo por características pessoais, de saúde mental e de suporte social. Esta análise foi feita por meio de tabela de contingência e as associações verificadas por meio do teste de qui-quadrado. Nesta análise adotou-se o nível de significância de 20% como critério para modelagem da regressão.
3) O ponto de corte que definiu o bem-estar subjetivo em melhor ou pior foi o percentil 70 na distribuição de frequência do escore do BES observado na amostra populacional.
4) Análise inferencial por meio de regressão de Poisson teve como variável dependente o bem-estar subjetivo e como variáveis independentes as variáveis pessoais que mostraram associações significantes com p =< 0,20 nas análises univariadas da etapa 2 em ambas as cidades. Nesta análise adotou-se o nível de significância de 5%.
5) Análise inferencial por meio de regressão de Poisson teve como variável dependente o bem-estar subjetivo e como variáveis independentes as variáveis sociais que mostraram associações significantes com p =< 0,20 nas análises univariadas da etapa 2 em ambas as cidades. Nesta análise adotou-se o nível de significância de 5%.

6) Análise inferencial por meio de regressão de Poisson teve como variável dependente o bem-estar subjetivo e como variáveis independentes as variáveis de saúde mental que mostraram associações significantes com p =< 0,20 nas análises univariadas da etapa 2 em ambas as cidades. Nesta análise adotou-se o nível de significância de 5%.
7) Verificou-se o efeito de cada subgrupo (pessoal, social e de saúde mental) no bem-estar subjetivo da população. A variável dependente foi o bem-estar subjetivo, controlado pelas variáveis pessoais, sociais e de saúde mental significantes com p =< 0,20 nas análises univariadas da etapa 2 em ambas as cidades. Esta análise foi feita por meio da Regressão de Poisson. Nesta análise adotou-se o nível de significância de 5%.
8) As estimativas de todas as análises foram feitas para o pior bem-estar subjetivo.
9) Todas as análises foram feitas no software estatístico Stata 10.

13. RESULTADOS

Nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro foram entrevistados 3744 indivíduos, sendo 2536 em São Paulo e 1208 no Rio de Janeiro.

Em São Paulo, nas análises univariadas, o pior BES esteve associado as variáveis: participar de grupos sociais (x^2 = 7.4843; p=0,0250); ER6 – Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida (x^2 = 11.8121; p=0,0226); e com diagnóstico de transtorno depressivo (x^2 = 72.9110; p=0,0000). As variáveis que apresentaram p <= 20 e foram posteriormente utilizadas para modelagem nas análises de regressão de Poisson são: idade (x^2 = 8.5406; p=0,1707); cor da pele autodeclara (x^2 = 4.4148; p=0,0798); e ER2 – Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra (x^2 = 6.4110; p=0,1852); (TABELA 1).

No Rio de Janeiro, nas análises univariadas, o pior BES esteve associado às variáveis: ter filhos (x^2 = 5.4727; p=0,0213); participar de grupos sociais (x^2 = 2.5273; p=0,1591); ajudar em grupos sociais (x^2 = 8.3052; p=0,0013); uso nocivo de álcool (x^2 = 2.7151; p=0,0138); e diagnóstico de transtorno depressivo (x^2 = 43.5682; p=0,0000). As variáveis que apresentaram p <= 20 e foram posteriormente utilizadas para modelagem nas análises de regressão de Poisson são: idade (x^2 = 8.7416; p=0,0514); renda (x^2 = 2.9453; p=0,0852); CS4 - se reuniu com outros membros da comunidade para discutir um problema pessoal ou do grupo (sim) (x^2 = 2.9714; p=0,1912); ER8 – Eu sou amigo de mim mesmo (x^2 = 6.8206; p=0,0782); ER21 – Minha vida tem sentido (x^2 = 6.3901; p=0,0852); diagnóstico de transtorno fóbico ansioso (x^2 = 3.9207; p=0,1838); e qualquer diagnóstico psiquiátrico (x^2 = 4.2284; p=0,0709); (TABELA 1).

Tabela 1 – Fatores associados ao pior bem-estar subjetivo nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

Variável	Melhor BES SP	Pior BES SP	Melhor BES RJ	Pior BES RJ
Sexo feminino	N 929 % 64	N 509 % 36	N 497 % 72	N 187 % 28
Sexo Masculino	N 719 % 63	N 376 % 37	N 368 % 70	N 155 % 30
Idade 15 a 21*	N 232 % 69	N 117 % 31	N 94 % 66	N 46 % 34
Idade 22 a 39	N 760 % 65	N 400 % 35	N 304 % 68	N 123 % 32
**Idade 40 a 59 ** **	N 481 % 61	N 276 % 39	N 321 % 76	N 117 % 24
Idade 60 a 75	N 175 % 62	N 92 % 38	N 146 % 71	N 56 % 29
Estado civil casado ou morando junto	N 715 % 63	N 387 % 37	N 315 % 73	N 120 % 27
Estado civil solteiro	N 673 % 66	N 353 % 34	N 373 % 70	N 152 % 30
Estado civil separado ou viúvo	N 260 % 60	N 147 % 40	N 177 % 71	N 70 % 29
Raça autodeclarada branca*	N 709 % 62	N 409 % 38	N 356 % 69	N 158 % 31
Raça autodeclarada negra; parda; amarela; outras	N 938 % 66	N 475 % 34	N 506 % 72	N 184 % 28
Escolaridade sem estudo	N 64 % 72	N 24 % 28	N 13 % 66	N 6 % 34
Escolaridade 1 a 8 anos	N 795 % 64	N 411 % 36	N 325 % 73	N 113 % 27
Escolaridade 9 a 11 anos	N 567 % 62	N 332 % 38	N 260 % 67	N 123 % 33
Escolaridade 12 ou mais	N 222 % 64	N 118 % 36	N 267 % 73	N 100 % 27
Empregado atualmente sim	N 1014 % 64	N 542 % 36	N 501 % 71	N 198 % 29
Empregado atualmente não	N 179 % 68	N 82 % 32	N 62 % 67	N 25 % 33
Praticante de religião sim	N 891 % 62	N 515 % 38	N 433 % 71	N 177 % 29
Praticante de religião não	N 713 % 65	N 350 % 35	N 401 % 72	N 152 % 28
Filhos sim	N 1132 % 65	N 614 % 35	N 601 % 73	N 218 % 27
**Filhos não ** **	N 515 % 65	N 271 % 35	N 264 % 67	N 124 % 33
Renda até hum mil reais	N 804 % 65	N 409 % 35	N 350 % 74	N 121 % 26
**Renda maior que hum mil reais ** **	N 844 % 63	N 476 % 37	N 515 % 69	N 221 % 31
CS1 – Participar de grupos sociais NÃO	N 1236 % 65	N 643 % 35	N 611 % 70	N 250 % 30
**CS1 – Participar de grupos sociais SIM * ' ** **	N 412 % 59	N 241 % 41	N 254 % 74	N 92 % 26
CS2 – Ajudar grupos sociais NÃO	N 1423 % 64	N 772 % 36	N 755 % 70	N 305 % 30
**CS2 – Ajudar grupos sociais SIM ** **	N 225 % 63	N 112 % 37	N 110 % 81	N 37 % 19
CS3 – Receber suporte de grupos sociais NÃO	N 1096 % 63	N 601 % 37	N 628 % 71	N 253 % 29

Variável	Melhor BES SP	Pior BES SP	Melhor BES RJ	Pior BES RJ
CS3 – Receber suporte de grupos sociais SIM	N 552 % 65	N 283 % 35	N 237 % 73	N 89 % 27
CS4 – NÃO	N 1528 % 64	N 811 % 36	N 815 % 71	N 326 % 29
CS4 – SIM**	N 119 % 58	N 73 % 42	N 50 % 80	N 16 % 20
CS5 – NÃO	N 1585 % 64	N 840 % 36	N 815 % 71	N 326 % 29
CS5 – SIM	N 62 % 54	N 44 % 46	N 50 % 78	N 16 % 22
CS6 – NÃO	N 1079 % 65	N 579 % 35	N 493 % 70	N 199 % 30
CS6 – SIM	N 557 % 62	N 300 % 38	N 372 % 72	N 143 % 28
CS7 – NÃO	N 534 % 64	N 299 % 36	N 207 % 68	N 92 % 32
CS7 – SIM	N 1108 % 64	N 584 % 36	N 658 % 72	N 250 % 28
CS8 – NÃO	N 687 % 65	N 349 % 35	N 258 % 71	N 101 % 29
CS8 – SIM	N 958 % 63	N 535 % 37	N 607 % 71	N 241 % 29
CS9 – NÃO	N 777 % 63	N 434 % 37	N 428 % 70	N 177 % 30
CS9 – SIM	N 863 % 64	N 447 % 36	N 437 % 72	N 165 % 30
Sofreu Violência NÃO	N 362 % 64	N 181 % 36	N 142 % 71	N 54 % 29
Sofreu Violência SIM	N 1283 % 64	N 702 % 36	N 723 % 71	N 288 % 29
ER_1 (DISCORDO)	N 146 % 60	N 82 % 40	N 90 % 78	N 29 % 22
ER_1 (NEUTRO)	N 91 % 60	N 60 % 40	N 47 % 74	N 15 % 26
ER_1 (CONCORDO)	N 1399 % 64	N 738 % 36	N 727 % 70	N 298 % 30
ER_2 (DISCORDO)	N 122 % 55	N 84 % 45	N 71 % 79	N 24 % 21
ER_2 (NEUTRO)	N 116 % 63	N 72 % 37	N 54 % 69	N 19 % 31
ER_2 (CONCORDO)*	N 1398 % 64	N 724 % 36	N 739 % 71	N 299 % 29
ER_3 (DISCORDO)	N 186 % 59	N 109 % 41	N 114 % 70	N 48 % 30
ER_3 (NEUTRO)	N 85 % 64	N 47 % 36	N 53 % 73	N 23 % 27
ER_3 (CONCORDO)	N 1364 % 64	N 724 % 36	N 697 % 71	N 271 % 29
ER_4 (DISCORDO)	N 76 % 62	N 44 % 38	N 24 % 63	N 15 % 37
ER_4 (NEUTRO)	N 48 % 65	N 24 % 35	N 25 % 78	N 10 % 22
ER_4 (CONCORDO)	N 1512 % 64	N 812 % 36	N 815 % 71	N 317 % 29
ER_5 (DISCORDO)	N 164 % 60	N 101 % 40	N 90 % 71	N 39 % 29
ER_5 (NEUTRO)	N 94 % 61	N 54 % 39	N 56 % 70	N 26 % 30

Variável	Melhor BES SP	Pior BES SP	Melhor BES RJ	Pior BES RJ
ER_5 (CONCORDO)	N 1378 % 64	N 725 % 36	N 718 % 71	N 277 % 29
ER_6 (DISCORDO)	N 70 % 58	N 39 % 42	N 31 % 78	N 9 % 22
ER_6 (NEUTRO)*	N 49 % 83	N 19 % 17	N 29 % 76	N 7 % 24
ER_6 (CONCORDO)	N 1517 % 63	N 822 % 37	N 804 % 71	N 326 % 29
ER_7 (DISCORDO)	N 487 % 62	N 289 % 38	N 246 % 70	N 104 % 30
ER_7 (NEUTRO)	N 169 % 65	N 87 % 35	N 94 % 68	N 44 % 32
ER_7 (CONCORDO)	N 980 % 64	N 504 % 36	N 524 % 72	N 194 % 28
ER_8 (DISCORDO)	N 85 % 64	N 51 % 36	N 35 % 75	N 13 % 25
ER_8 (NEUTRO)**	N 56 % 56	N 33 % 44	N 24 % 55	N 16 % 45
ER_8 (CONCORDO)	N 1495 % 64	N 796 % 36	N 805 % 72	N 313 % 28
ER_9 (DISCORDO)	N 310 % 65	N 157 % 35	N 156 % 75	N 56 % 25
ER_9 (NEUTRO)	N 108 % 59	N 67 % 41	N 88 % 75	N 31 % 25
ER_9 (CONCORDO)	N 1218 % 64	N 656 % 36	N 619 % 70	N 255 % 30
ER_10 (DISCORDO)	N 103 % 60	N 60 % 40	N 34 % 68	N 18 % 32
ER_10 (NEUTRO)	N 61 % 63	N 35 % 37	N 35 % 76	N 9 % 24
ER_10 (CONCORDO)	N 1472 % 64	N 784 % 36	N 795 % 71	N 315 % 29
ER_11 (DISCORDO)	N 767 % 63	N 435 % 37	N 471 % 71	N 185 % 29
ER_11 (NEUTRO)	N 150 % 62	N 77 % 38	N 80 % 70	N 35 % 30
ER_11 (CONCORDO)	N 719 % 64	N 367 % 36	N 313 % 71	N 122 % 29
ER_12 (DISCORDO)	N 401 % 64	N 223 % 36	N 237 % 73	N 91 % 27
ER_12 (NEUTRO)	N 131 % 62	N 77 % 38	N 86 % 71	N 35 % 29
ER_12 (CONCORDO)	N 1104 % 64	N 579 % 36	N 541 % 70	N 216 % 30
ER_13 (DISCORDO)	N 171 % 68	N 76 % 32	N 67 % 69	N 36 % 31
ER_13 (NEUTRO)	N 88 % 61	N 49 % 39	N 49 % 78	N 11 % 22
ER_13 (CONCORDO)	N 1377 % 63	N 754 % 37	N 748 % 71	N 295 % 29
ER_14 (DISCORDO)	N 160 % 64	N 85 % 36	N 88 % 73	N 36 % 27
ER_14 (NEUTRO)	N 97 % 67	N 50 % 33	N 48 % 68	N 25 % 32
ER_14 (CONCORDO)	N 1379 % 63	N 744 % 37	N 728 % 71	N 281 % 29
ER_15 (DISCORDO)	N 79 % 56	N 45 % 44	N 40 % 74	N 17 % 26

Variável	Melhor BES SP	Pior BES SP	Melhor BES RJ	Pior BES RJ
ER_15 (NEUTRO)*	N 53 % 76	N 24 % 24	N 40 % 75	N 13 % 25
ER_15 (CONCORDO)	N 1504 % 63	N 810 % 37	N 784 % 71	N 312 % 29
ER_16 (DISCORDO)	N 152 % 62	N 92 % 38	N 74 % 76	N 26 % 24
ER_16 (NEUTRO)	N 82 % 59	N 44 % 41	N 44 % 66	N 21 % 34
ER_16 (CONCORDO)	N 1402 % 64	N 743 % 36	N 746 % 71	N 295 % 29
ER_17 (DISCORDO)*	N 156 % 58	N 91 % 42	N 123 % 80	N 37 % 20
ER_17 (NEUTRO)	N 83 % 67	N 40 % 33	N 57 % 66	N 30 % 34
ER_17 (CONCORDO)	N 1397 % 64	N 747 % 36	N 684 % 70	N 275 % 30
ER_18 (DISCORDO)	N 72 % 58	N 41 % 42	N 40 % 77	N 12 % 23
ER_18 (NEUTRO)	N 67 % 70	N 34 % 30	N 32 % 70	N 11 % 30
ER_18 (CONCORDO)	N 1497 % 63	N 804 % 37	N 792 % 71	N 319 % 29
ER_19 (DISCORDO)	N 106 % 59	N 55 % 41	N 51 % 69	N 24 % 31
ER_19 (NEUTRO)	N 110 % 70	N 55 % 30	N 56 % 65	N 28 % 35
ER_19 (CONCORDO)	N 1420 % 63	N 768 % 37	N 757 % 72	N 290 % 28
ER_20 (DISCORDO)	N 466 % 66	N 219 % 34	N 191 % 72	N 76 % 28
ER_20 (NEUTRO)	N 133 % 67	N 73 % 33	N 79 % 63	N 38 % 37
ER_20 (CONCORDO)	N 1037 % 62	N 586 % 38	N 594 % 72	N 228 % 28
ER_21 (DISCORDO)	N 53 % 55	N 35 % 45	N 18 % 62	N 12 % 38
ER_21 (NEUTRO)*	N 42 % 79	N 16 % 21	N 19 % 54	N 12 % 46
ER_21 (CONCORDO)**	N 1541 % 64	N 827 % 36	N 827 % 72	N 318 % 28
ER_22 (DISCORDO)	N 347 % 62	N 191 % 38	N 200 % 72	N 81 % 28
ER_22 (NEUTRO)	N 118 % 58	N 85 % 42	N 90 % 70	N 36 % 30
ER_22 (CONCORDO)	N 1171 % 65	N 602 % 35	N 574 % 71	N 225 % 29
ER_23 (DISCORDO)	N 96 % 57	N 53 % 43	N 35 % 70	N 16 % 30
ER_23 (NEUTRO)	N 74 % 59	N 46 % 41	N 51 % 72	N 18 % 28
ER_23 (CONCORDO)	N 1466 % 64	N 779 % 36	N 778 % 71	N 308 % 29
ER_24 (DISCORDO)	N 90 % 59	N 52 % 41	N 42 % 73	N 19 % 27
ER_24 (NEUTRO)*	N 52 % 77	N 21 % 23	N 30 % 64	N 15 % 36
ER_24 (CONCORDO)	N 1494 % 63	N 806 % 37	N 792 % 71	N 308 % 29

Variável	Melhor BES SP	Pior BES SP	Melhor BES RJ	Pior BES RJ
ER_25 (DISCORDO)	N 113 % 56	N 74 % 44	N 68 % 69	N 33 % 31
ER_25 (NEUTRO)	N 73 % 66	N 38 % 34	N 62 % 71	N 25 % 29
ER_25 (CONCORDO)	N 1450 % 64	N 766 % 36	N 734 % 71	N 284 % 29
Síndrome de dependência de álcool (NÃO)	N 1621 % 64	N 868 % 36	N 852 % 71	N 340 % 29
Síndrome de dependência de álcool (SIM)	N 27 % 60	N 17 % 40	N 13 % 82	N 2 % 18
Uso nocivo de álcool (NÃO)	N 1626 % 64	N 873 % 36	N 855 % 71	N 340 % 29
Uso nocivo de álcool (SIM)**	N 22 % 62	N 12 % 38	N 10 % 93	N 2 % 7
Depressão (NÃO)	N 1551 % 67	N 750 % 33	N 832 % 73	N 300 % 27
Depressão leve (SIM)	N 3 % 66	N 3 % 34	N 4 % 82	N 1 % 18
Depressão moderado (SIM)*	N 37 % 45	N 50 % 55	N 18 % 58	N 12 % 42
Depressão grave (SIM)* **	N 57 % 41	N 82 % 59	N 11 % 26	N 29 % 74
Transtorno de ansiedade generalizada (NÃO)	N 1590 % 64	N 857 % 36	N 845 % 71	N 330 % 29
Transtorno de ansiedade generalizada (SIM)	N 58 % 61	N 28 % 39	N 20 % 61	N 12 % 39
Transtorno do Pânico (NÃO)	N 1642 % 64	N 881 % 36	N 861 % 71	N 337 % 29
Transtorno do Pânico (SIM)	N 06 % 55	N 04 % 45	N 04 % 56	N 05 % 44
Transtorno fóbico ansioso e TOC (NÃO)	N 1346 % 64	N 728 % 36	N 713 % 70	N 297 % 30
Transtorno fóbico ansioso e TOC (SIM)**	N 302 % 63	N 157 % 37	N 152 % 77	N 45 % 23
Qualquer transtorno psiquiátrico (NÃO)	N 1180 % 64	N 629 % 36	N 647 % 70	N 272 % 30
Qualquer transtorno psiquiátrico (SIM)**	N 459 % 62	N 256 % 38	N 218 % 76	N 70 % 24

Significante p=<0,20 na cidade de São Paulo
****Significante p=<0,20 na cidade de Rio de Janeiro***

Para verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas associadas ao BES foi feita análise de Poisson, controlado pelas variáveis (cidade; sexo; idade; estado civil; raça; filhos; e renda). As variáveis sexo e estado civil não foram significantes nas análises univaridas, mas foram incluídas por decisão teórica.

Primeiramente, todas as variáveis demográficas que foram significantes (p=<0,20) nas análises univariadas de ambas as cidades (idade; raça; filhos e renda), mais as duas variáveis incluídas por motivos teóricos (sexo e estado civil), foram incluídas na análise de regressão (N=3744). Nesta análise, apenas a variável morar no Rio de Janeiro foi significante (TABELA 2).

Tabela 2 - Regressão de Poisson – Fatores sociodemográficos associados ao pior bem-estar subjetivo nas cidades de São e Rio de Janeiro (N=3744).

Variável	RP	IC 95%
Local SP	1	
Local RJ*	0,001	0,92 – 0,98
Sexo feminino	1	
Sexo masculino	0,546	0,97 – 1,02
Idade 22-39 anos	0,406	0,97 – 1,07
Idade 40-59 anos	0,470	0,96 – 1,06
Idade 60-75 anos	1	
Estado civil casado	1	
Estado civil solteiro	0,600	0,95 – 1,04
Estado civil outros	0,295	0,98 – 1,06
Raça autodeclarada branca	1	
Raça autodeclarada não branca	0,106	0,94 – 1,01
Filhos NÃO	1	
Filhos SIM	0,435	0,96 – 1,02
Renda abaixo de mil reais	1	
Renda acima de mil reais	0,419	0,99 – 1,05

Significante p=<0,05
RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

Em um segundo momento, foi feita análise de regressão com todas as variáveis demográficas significantes na análise univariada (p=<0,20) (idade; raça; filhos e renda), mais as duas variáveis incluídas por motivos teóricos (sexo e estado civil), separadas por cidade. Nenhuma variável foi significante.

Em seguida, uma nova análise de regressão de Poisson foi feita apenas com as variáveis demográficas significantes para modelagem na análise univariada (p=<0,20) (idade; raça; filhos e renda), excluindo as variáveis incluídas anteriormente por motivos teóricos, separadas por cidades. Novamente, nenhuma variável foi significante.

Por fim, foi realizada análise de regressão de Poisson apenas com as variáveis significantes em cada cidade, sendo em São Paulo as variáveis: idade e raça; e no Rio de Janeiro, as variáveis: filhos, idade e renda. Novamente, nenhuma variável foi significante.

Para análise sobre a associação entre capital social e bem-estar subjetivo, foi realizado a regressão de Poisson com as variáveis que foram significantes para modelagem nas análises univariadas (p=<0,20); participar de grupos sociais; ajudar em grupos sociais e CS4 - se reunir com outros membros da comunidade para discutir um problema pessoal ou do grupo, controlada pela variável local da entrevista (São Paulo ou Rio de Janeiro) (N=3744). Nessa análise, o pior BES esteve associado à participar de grupos sociais (RP = 0,040) e o melhor BES esteve associado à cidade do Rio de Janeiro (RP = 0,001) (TABELA 3).

Tabela 3 – Regressão de Poisson. Associação entre Capital Social e o pior bem-estar subjetivo nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

Variável	RP	IC 95%
Local - SP	1	
Local - RJ	0,001	0,92 – 0,97
Participar de grupos sociais (NÃO)	1	
Participar de grupos sociais (SIM)	0,040	1,01 – 1,08
Ajudar em grupos sociais (NÃO)	1	
Ajudar em grupos sociais (SIM)	0,059	0,90 – 1,01
Se reuniu com outros membros da comunidade para discutir um problema pessoal ou do grupo (NÃO)	1	
Se reuniu com outros membros da comunidade para discutir um problema pessoal ou do grupo (SIM)	0,723	0,94 – 1,09

RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

Em um segundo momento, foi verificado a associação entre o pior bem-estar subjetivo e o capital social, por meio da regressão de Poisson, mas separado por cidades, em São Paulo (N=2536) e no Rio de Janeiro (N=1208). Em São Paulo, o pior BES esteve associado à participação em grupos sociais (RP = 0,021) (TABELA 4). Já no Rio de Janeiro, percebemos uma associação inversa, na qual, o melhor BES esteve associado a ajudar em grupos sociais (RP = 0,007) (TABELA 5).

Tabela 4 – Regressão de Poisson. Associação entre o pior bem-estar subjetivo e capital social na cidade de São Paulo (N=2536).

Variável	RP	IC 95%
Participar de grupos sociais (NÃO)	1	
Participar de grupos sociais (SIM)	0,021	1,01 – 1,10
Ajudar em grupos sociais (NÃO)	1	
Ajudar em grupos sociais (SIM)	0,247	0,91 – 1,02
Se reuniu com outros membros da comunidade para discutir um problema pessoal ou do grupo (NÃO)	1	
Se reuniu com outros membros da comunidade para discutir um problema pessoal ou do grupo (SIM)	0,431	0,95 – 1,13

RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

Tabela 5 – Regressão de Poisson. Associação entre o pior bem-estar subjetivo e capital social na cidade do Rio de Janeiro (N=1208).

Variável	RP	IC 95%
Participar de grupos sociais (NÃO)	1	
Participar de grupos sociais (SIM)	0,956	0,94 – 1,06
Ajudar em grupos sociais (NÃO)	1	
Ajudar em grupos sociais (SIM)	0,007	0,86 – 0,97
Se reuniu com outros membros da comunidade para discutir um problema pessoal ou do grupo (NÃO)	1	
Se reuniu com outros membros da comunidade para discutir um problema pessoal ou do grupo (SIM)	0,330	0,86 – 1,05

RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

Para análise sobre a associação entre resiliência e bem-estar subjetivo, foi realizado a regressão de Poisson com as variáveis que foram significantes para modelagem nas análises univariadas (p=<0,20); ER2 – “Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra”; ER6 – “Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida”; ER8 – “Eu sou amigo de mim mesmo; ER15 – Eu mantenho interesse nas coisas”; ER17 – “Minha crença em mim mesmo me

leva a atravessar tempos difíceis"; ER21 – "Minha vida tem sentido"; e ER24 – "Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer", controlada pela variável local da entrevista (São Paulo ou Rio de Janeiro) (N=3744). Nessa análise, as variáveis que apresentaram associação inversa com o pior BES foram: a cidade do Rio de Janeiro (RP = 0,001); "Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida" (neutro) (RP = 0,006); e "Eu tenho interesse nas coisas" (neutro) (RP = 0,032). A variável "Eu sou amigo de mim mesmo" (neutro) foi a única que apresentou associação significativa com o pior BES (RP = 0,013). (TABELA 6).

Tabela 6 – Regressão de Poisson. Associação entre a escala de resiliência e o pior bem-estar subjetivo nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

Variável	RP	IC 95%
Local SP	1	
Local - RJ	0,001	0,91 – 0,98
Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. (discordo)	1	
Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. (neutro)	0,006	0,79 – 0,96
Eu sou amigo de mim mesmo. (discordo)	1	
Eu sou amigo de mim mesmo. (neutro)	0,013	1,03 – 1,24
Eu mantenho interesse nas coisas. (discordo)	1	
Eu mantenho interesse nas coisas. (neutro)	0,032	0,81 – 0,99

RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

Em um segundo momento, foi verificado a associação entre o bem-estar subjetivo e a resiliência, por meio da regressão de Poisson, mas separado por cidades, em São Paulo (N=2536) e no Rio de Janeiro (N=1208). Os resultados encontrados na cidade de São Paulo estão apresentados na TABELA 7. Na cidade do Rio de Janeiro, as variáveis “Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida”; “Eu mantenho interesse nas coisas”; “Minha vida tem sentido” apresentaram associação inversa com o pior BES.

Tabela 7 – Regressão de Poisson. Associação entre o pior bem-estar subjetivo e a escala de resiliência na cidade de São Paulo (N=2536).

Variável	RP	IC 95%
Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. (discordo)	1	
Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. (neutro)	0,003	0,75 – 0,95
Eu mantenho interesse nas coisas. (discordo)	1	
Eu mantenho interesse nas coisas. (neutro)	0,010	0,79 – 0,97
Minha vida tem sentido (discordo)	1	
Minha vida tem sentido (neutro)	0,021	0,77 – 0,98

RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

Para análise sobre a associação entre transtornos mentais e o pior bem-estar subjetivo, foi realizado a regressão de Poisson com as variáveis que foram significantes para modelagem nas análises univariadas (p=<0,20); sendo: uso nocivo de álcool; diagnóstico de transtorno depressivo; diagnóstico de transtorno fóbico ansioso, controlada pela variável local da entrevista (São Paulo ou Rio de Janeiro) (N=3744). A variável “qualquer diagnóstico psiquiátrico” foi excluída pois os indivíduos classificados com transtorno depressivo também compunham a

variável “qualquer diagnóstico psiquiátrico” e, desta forma, tentamos retirar o fator de confusão para não correr o risco de superestimar e/ou apresentar um viés de seleção. As variáveis transtorno depressivo moderado e grave foram as que apresentaram associação significativa com o pior BES. Novamente, a variável cidade Rio de Janeiro esteve associada inversamente com o pior BES (TABELA 8).

Tabela 8 – Regressão de Poisson. Associação entre transtornos mentais e o pior bem-estar subjetivo nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744).

VARIÁVEL	RP	IC 95%
Local SP	1	
Local RJ	0,006	0,93 – 0,99
Não ter diagnóstico de Transtorno Depressivo	1	
Transtorno Depressivo moderado (SIM)	0,000	1,08 – 1,24
Transtorno Depressivo grave (SIM)	0,000	1,15 – 1,28

RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

Em um segundo momento, foi verificado a associação entre o pior bem-estar subjetivo e transtornos mentais, por meio da regressão de Poisson, mas separado por cidades, em São Paulo (N=2536) e no Rio de Janeiro (N=1208). Em São Paulo, o pior BES esteve associado ao transtorno depressivo, tanto na classificação moderada como grave (TABELA 9). No Rio de Janeiro, o transtorno depressivo grave também esteve associado pior BES, mas o uso nocivo de álcool esteve associado inversamente ao pior BES (TABELA 10).

Tabela 9 – Regressão de Poisson. Associação entre transtornos mentais e o pior bem-estar subjetivo na cidade de São Paulo (N=2536).

VARIÁVEL	RP	IC 95%
Não ter diagnóstico de Transtorno Depressivo	1	
Transtorno Depressivo moderado (SIM)	0,000	1,08 – 1,25
Transtorno Depressivo grave (SIM)	0,000	1,12 – 1,25

RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

Tabela 10 - Regressão de Poisson. Associação entre transtornos mentais e o pior bem-estar subjetivo na cidade de Rio de Janeiro (1208).

VARIÁVEL	RP	IC 95%
Uso nocivo de álcool (NÃO)	1	
Uso nocivo de álcool (SIM)	0,001	0,76 – 0,94
Não ter diagnóstico de transtorno depressivo	1	
Transtorno depressivo grave (SIM)	0,000	1,26 – 1,49

RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

Por fim, a associação entre o pior bem-estar subjetivo e todas as variáveis significantes, sejam elas do domínio pessoal, social ou de saúde mental foram verificadas por meio da análise de regressão de Poisson, controladas pela variável cidade / local da entrevista. As variáveis associadas ao pior BES foram: ER – “Eu sou amigo de mim mesmo” (neutro) (RP = 0,008); transtorno depressivo moderado (RP = 0,000); transtorno depressivo grave (RP = 0,000); e participação em grupos sociais (RP = 0,013). As variáveis: cidade Rio de Janeiro (RP = 0,007); ER “Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida” (neutro) (RP = 0,010); e ER “Eu mantenho interesse nas coisas” (neutro) (RP = 0,030) foram as que apresentaram associação inversa com o pior BES (TABELA 11).

Tabela 11 – Regressão de Poisson. Associação entre o pior bem-estar subjetivo e as variáveis pessoais, sociais e de saúde mental nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (N=3744)

VARIÁVEL	RP	IC 95%
Cidade SP	1	
Cidade RJ	0,007	0,92 – 0,98
Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. (discordo)	1	
Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. (neutro)	0,010	0,79 – 0,97
Eu sou amigo de mim mesmo. (discordo)	1	
Eu sou amigo de mim mesmo. (neutro)	0,008	1,04 – 1,24
Eu mantenho interesse nas coisas. (discordo)	1	
Eu mantenho interesse nas coisas. (neutro)	0,030	0,81 – 0,99
Não ter diagnóstico de transtorno depressivo.	1	
Transtorno depressivo moderado	0,000	1,08 – 1,23
Transtorno depressivo grave	0,000	1,15 – 1,28
Participar de grupos sociais (não)	1	
Participar de grupos sociais (sim)	0,013	1,01 – 1,09

RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

Após a análise que incluiu todas as variáveis em ambas as cidades como controle, foram realizadas duas novas análises separando a população de São Paulo e do Rio de Janeiro. Em São Paulo as variáveis associadas ao pior BES foram: participar de grupo sociais (RP = 0,014); Transtorno depressivo moderado (RP = 0,000); e Transtorno depressivo grave (RP = 0,000). As variáveis ER “Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida (neutro) (RP = 0,006); e ER “Eu mantenho interesse nas coisas” (neutro) (RP = 0,005) foram as associadas inversamente com o pior BES (TABELA 12). Já no Rio de Janeiro, apenas a variável transtorno depressivo grave esteve associada ao pior BES (RP = 0,000) e as variáveis: Uso nocivo de álcool (RP = 0,002); e ajudar em grupos sociais (RP = 0,015) estiveram associadas inversamente ao pior BES (TABELA 13).

Tabela 12 – Regressão de Poisson. Associação entre o pior bem-estar subjetivo e as variáveis pessoais, sociais e de saúde mental na cidade de São Paulo (N=2536)

VARIÁVEL	RP	IC 95%
Participar de grupos sociais NÃO	1	
Participar de grupos sociais SIM	0,014	1,02 – 1,12
Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. (discordo)	1	
Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. (neutro)	0,006	0,77 – 0,96
Eu mantenho interesse nas coisas. (discordo)	1	
Eu mantenho interesse nas coisas. (neutro)	0,005	0,78 – 0,95
Não ter diagnóstico de transtorno depressivo	1	
Transtorno depressivo moderado	0,000	1,08 – 1,25
Transtorno depressivo grave	0,000	1,12 – 1,26

RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

Tabela 13 – Regressão de Poisson. Associação entre o pior bem-estar subjetivo e as variáveis pessoais, sociais e de saúde mental na cidade de Rio de Janeiro (N=1208)

VARIÁVEL	RP	IC 95%
Não fazer uso nocivo de álcool	1	
Uso nocivo de álcool	0,002	0,76 – 0,93
Não ter diagnóstico de transtorno depressivo	1	
Transtorno depressivo grave	0,000	1,24 – 1,47
Ajudar em grupos sociais (NÃO)	1	
Ajudar em grupos sociais (SIM)	0,015	0,88 – 0,99

RP – Ratio Prevalence – Razão de Prevalência

14. DISCUSSÃO

Em nosso trabalho foi possível perceber a diferença dos fatores associados ao bem-estar subjetivo nas duas maiores cidades brasileiras. Embora geograficamente próximas, considerando amplitude continental do nosso país, aproximadamente 430 quilômetros de distância entre uma e outra, o que é considerado “perto” na perspectiva de distância brasileira, ambas as cidades mantêm estilos de vida muito diferentes, quase opostos, que produzem associações distintas no bem-estar subjetivo da sua população, principalmente no âmbito do capital social, como demonstraram os resultados apresentados.

A população do Rio de Janeiro foi a que apresentou associação significativa com o melhor BES. Ajudar em grupos sociais também foi associado ao melhor BES no Rio de Janeiro, enquanto participar de grupos sociais foi associado ao pior bem-estar subjetivo em São Paulo. No campo da saúde mental, o pior BES esteve associado com Transtorno Depressivo em ambas as cidades e o uso abusivo de álcool esteve associado ao melhor bem-estar subjetivo no Rio de Janeiro.

Antes de iniciar a discussão sobre os fatores associados ao BES nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, faz-se necessário refletir sobre o momento histórico político, social e principalmente econômico que o Brasil estava vivenciando no período da coleta de dados (entre 2007 e 2008), o qual teve um impacto significativo na mudança no modo de se viver, principalmente nas grandes cidades. Em 2001, a desigualdade social que sempre foi motivo de preocupação, começou a decair. De 2003 a 2008, a taxa de crescimento do PIB per capta foi em média 3,8% ao ano (NERI, 2011). No segundo semestre de

2006, a economia brasileira entrou em um ciclo de crescimento sustentado ao longo de posteriores 27 meses. O destaque nesse período foi o importante crescimento do consumo das famílias (especialmente a classe C) e do crescimento do PIB, como posto anteriormente. Nesse mesmo período, a taxa de desemprego (com tendência declinante ao longo do período – 2006 a 2008) não foi superior aos 10%, com destaque também na queda suave da fração de trabalhadores sem carteira assinada a partir de meados de 2004 (NERI, 2009; PÊSSOA, 2009).

Em 2007, o Brasil passou a participar do grupo de países com Índice de Desenvolvimento Alto (IDH) indicado pela Organização das Nações Unidas (ONU) (NERI, 2008). Enquanto os Estados Unidos da América (EUA) e alguns outros países considerados como potências mundiais passavam por uma grande crise econômica, neste mesmo período, aqui em nosso país, os brasileiros presenciavam um crescente no quesito renda, e como consequência: a diminuição da desigualdade social quase inédita na nossa história, fazendo emergir uma “nova classe média” associada ao poder aquisitivo. Segundo Neri (2008), o Rio de Janeiro foi a segunda metrópole brasileira com maior redução do nível de miséria entre 2002 e 2008, atingindo -30,7%, mostrando-se uma redução considerável. Vale ressaltar que, para alguns autores, essa “nova classe média” que presenciávamos nesse período, não decorreu apenas de programas públicos de transferência de renda, como o “Bolsa Família”, mas também de um aumento da renda decorrente do trabalho, ou seja, aumentou o número de trabalhadores com carteira assinada, que contribuiu para o aumento do acesso aos bens de consumo como celular, internet, eletrodomésticos, etc. e bens de serviço como serviço de esgoto e coleta de lixo, além das possibilidades

de financiamento bancário, que permitiu uma associação entre sociedade e consumismo (NERI, 2008; NERI, 2009; Saraiva, *et. al*., 2015).

Posto isso, a população em São Paulo, maior cidade brasileira, que de alguma forma poderia se enquadrar e se beneficiar do cenário que envolvia a "nova classe média brasileira" em 2007/2008, pois possibilita uma associação hipotética com crescimento e estabilidade social e econômica, ou pelo menos uma melhora das condições de vida presenciadas no passado, conforme a breve contextualização histórica apresentava anteriormente, não atingiu um nível significante de BES, quando comparada a população do Rio de Janeiro. A literatura aponta a renda e/ou a estabilidade econômica como fatores associados ao BES, mas o nosso estudo não encontrou esta associação (KAHNEMAN e DEATON, 2010; WOYCIEKOSKI, STENERT e HUTZ, 2012).

Isso ocorreu, provavelmente, porque São Paulo, embora seja a maior cidade brasileira e uma das maiores cidades do mundo, carrega em seus moradores algumas inquietações que podem impossibilitar uma associação positiva com o BES. Primeiramente é a percepção de segurança pública. Trazendo dados de uma pesquisa feita pelo IBOPE em 2008, 78% dos moradores da capital paulista estavam insatisfeitos com a segurança percebida e com medo da violência e da criminalidade, apontando estes quesitos como um dos aspectos mais negativos na cidade de São Paulo. O tempo médio de deslocamento na cidade para desempenho da atividade principal no dia a dia foi outro ponto crítico, sendo, naquele momento, de 1 hora e 27 minutos. A desigualdade social percebida, embora em decréscimo no país, como posto anteriormente, também gerava desconforto em 65% da população paulistana. Nas questões sobre a qualidade de vida, 37% da população em São Paulo a

perceberam como péssima, e no quesito egoísmo e individualismo, representados pela pergunta: "*Pensando agora na sua interação com a cidade de São Paulo e na influência que ela tem no seu jeito de ser e viver, na sua opinião, a cidade de São Paulo contribui para que você seja uma pessoa mais generosa ou mais egoísta?",* apenas 15% declararam que a cidade de São Paulo contribuiu para um modo de ser mais generoso, ou seja, 85% acreditavam que a cidade colaborava positivamente, ou agia como neutra, para um modo de se viver mais egoísta (IBOPE, 2009).

O fato da população de São Paulo entender que a cidade onde eles residem contribui para um modo de vida mais egoísta pode nos ajudar com o entendimento do porquê a participação em grupos sociais esteve associada ao pior BES nessa cidade. Com efeito, e além da auto percepção sobre a cidade colaborar para um modo de se viver egoísta, ou seja, concentrado mais no eu do que no outro, uma população que sente medo da violência percebida, fica horas no trânsito para se locomover para as atividades diárias e vivenciam uma desigualdade social que incomoda, são fatores, segundo a literatura internacional mais associados ao mal-estar, do que o bem-estar (STIGLITZ, SEM e FITOUSSI, 2009; MAHUTEAU e ZHU, 2016; ALCANTARA, 2019).

Desta forma, pensando em uma sociedade paulistana com características egoísta e provavelmente individualista, na qual, desde a década de 1990, a construção da identidade passava por padrões de consumo, funcionando como uma moeda de trocas que mede as classes (O'DOUGHERTY, 1998), podemos pensar que, provavelmente, a auto percepção e satisfação dessas pessoas com as suas vidas poderia estar enraizada na percepção e comparação com a vida de seus pares, no sentido de buscar inflacionar os seus interesses e pertences

em detrimento aos interesses e pertences dos outros, permitindo-nos também, para melhor expor, utilizar-nos-emos do conceito de comparação social. Em São Paulo, a teoria que explica que a satisfação pessoal dos indivíduos está relacionada as comparações sociais entre aqueles que eles consideram ser significativos e importantes em sua vida, pode se ter feito presente e nos ajuda também a interpretar os nossos resultados (GOETHALS e KLEIN, 2000).

Goethals e Klein (2000) discutiram em um capítulo do livro “Handbook of Social Comparison: Theory and Research” que a satisfação de um indivíduo com determinados objetivos, situações ou habilidades da sua vida está relacionada diretamente à comparação que esse mesmo indivíduo faz entre os objetivos, situações ou habilidades do outro que ele tem como referência. Eles citaram o exemplo de um jogador americano de basquete, com salário anual de mais de 18 milhões de dólares, declarando em uma entrevista que o valor que recebia do time só era suficiente para alimentar a sua família, pois os diretores do clube recebiam um salário ainda maior. Para efeito de curiosidade, os Estados Unidos da América (EUA) se constituem com um dos países mais individualistas do mundo.

Esse exemplo ilustra que, mesmo quando as necessidades individuais estejam garantidas e supridas, até com uma certa tranquilidade e conforto, se o indivíduo perceber que o grupo social ao qual ele pertence e convive mantém uma tranquilidade e conforto maior do que o dele, ou seja: recebe um salário maior; vive numa casa maior; possua um carro maior; jogue melhor algum esporte; entre outras coisas, por exemplo, provavelmente o indivíduo em questão irá se sentir menos satisfeito com a sua própria vida, o que impactará negativamente o seu BES também. Essa ideia de que, a comparação de objetos,

eventos e situações, conduz a experiência humana, se configurando parte integrante das atividades cotidianas, é um tema de interesse que acompanha a história das pesquisas no campo da Psicologia Social. Essa prática de julgamento, entretanto, influência diretamente a auto percepção do indivíduo sobre a sua vida, algumas vezes com efeito positivo, mas na maioria dos casos, com efeito negativo (SULS e WHEELER, 2000). Marshall Rosenberg já dizia em seu livro “Comunicação não violenta” (2006), que para ser infeliz, basta se comparar ao outro.

Recapitulando, em São Paulo, mesmo o contexto social no período da coleta de dados sugerir uma melhora na condição de vida, a participação em grupos sociais esteve relacionada a percepção negativa, que podemos associar a essa identidade de uma sociedade egoísta ou individualista como apresentaram os resultados do IBOPE (2009), e com práticas voltadas ao consumo, provavelmente como ferramenta de comparação social, em uma dinâmica de clientelismo e materialismo, ao invés do ideal de crescimento social, que é a cidadania (NERI, 2008; SARAIVA, *et. al.,* 2015). Talvez por isso, a participação em grupos sociais na sociedade paulistana, por si só, foi um motivo associado com o pior BES.

Já no Rio de Janeiro, o conceito da “nova classe média” (NERI, 2008; SARAIVA, *et. al*., 2015) pode ter se apresentado de maneira completamente oposta ao que foi percebido em São Paulo, quando analisamos as variáveis de capital social que foram significantes ao BES. Nessa cidade, ajudar em grupos sociais esteve associado ao melhor BES, confirmando a importância que a literatura coloca no suporte social e relacionamento sociais positivos como importante fator preditivo para o BES (DIENER e SELIGMAN, 2002; CRAM,

MOLLER e NIEBOER, 2010; KHAN e HUSAIN, 2010; KUTEK, TURNBULL e FAIRWEATHER-SCHMIDT, 2011; BECKER, *et. al*., 2019). Dessa forma, usando o mesmo referencial norteador para interpretação dos resultados em São Paulo, o maior poder de compra proporcionado naquele período para a população brasileira, pode ter sido interpretado com uma ótica positivista para aquela população, podendo dar indícios de que, por estarem vivenciando um novo momento financeiro mais próspero, a solidariedade entra em vigor e traz benefícios aos indivíduos nos aspectos da percepção sobre a satisfação com a própria vida e como consequência, o aumento da presença de afetos positivos.

Aqui, vale ressaltar que, no final da década de 90 e início dos anos 2000, em especial na cidade do Rio de Janeiro, houve um fomento de movimentos alternativos que se contrapuseram à ótica do individualismo, enfatizando à cidadania e à política mediante a valorização da ideia de solidariedade e do compromisso com os deveres e responsabilidades para com a comunidade, promovidos por ONGs, igrejas, grupos de jovens, empresas, movimentos e outras associações da sociedade civil. Naquele momento, a solidariedade passou a nortear as práticas sociais evidenciando a cidadania pelo ângulo da fraternidade e espírito cívico, como forma de enfrentar a violência e os conflitos sociais e promover a paz, buscando incorporar novamente a imagem que popularizou o Rio de Janeiro no mundo, como a cidade maravilhosa representada na identidade dos seus moradores cariocas, por nascimento ou coração, com espírito alegre, inovador e democrático, que promove integração de todos, acima das diferenças de raça e classe, nas praias, escolas de samba e campos de futebol, etc. (LEITE, 2000).

Um resultado que nos chamou a atenção foi que foi não ter encontrado associação positiva entre ter filhos e o melhor BES na cidade do Rio de Janeiro, após controle por outras variáveis análise de regressão, uma vez que a literatura apresenta que ser casado está associado ao BES, assim como possuir filhos ou família, pois estes aspectos também são entendidos como relacionamento sociais positivos e auto percepção de rede social e de apoio. (LEE, 1998; WOYCIEKOSKI, STENERT e HUTZ, 2012; TATANGELO, *et. al.,* 2017; BECKER, 2019).

De qualquer maneira, o desenho do nosso trabalho, um estudo transversal, não permite a confirmação da hipótese de que a variabilidade nos achados entre os fatores de suporte social encontrados associados ao BES em São Paulo e no Rio de Janeiro são decorrentes da mudança socioeconômica positiva que o Brasil presenciava no momento da coleta de dados, no qual a sociedade, de um modo geral, se beneficiava com um maior poder de compra. Esta variação nos resultados pode ter sido decorrente apenas da variância cultural entre as duas cidades mesmo.

Nas variáveis relacionadas à saúde mental, o uso abusivo de álcool esteve associado ao melhor BES, na cidade do Rio de Janeiro. Diferentemente do que é encontrado na literatura, na qual a dependência de álcool é associada à qualidade de vida pior, mau funcionamento e problemas de saúde mental (VOLK, *et. al.,* 1997). Na revisão de literatura publicada por Ugochukwu, *et.al.,* 2013, o qual analisou 50 trabalhos sobre qualidade de vida associada ao abuso e dependência de álcool, também encontrou o resultado de pior qualidade de vida nos indivíduos com histórico de abuso e dependência de álcool. E o trabalho de Binder e Coad (2013), que investigaram quais condições de saúde objetivas

possuíam maior impacto no BES da população, encontraram que o efeito negativo mais forte esteve associado ao uso e abuso de álcool e drogas, seguidos por ansiedade, depressão e outros transtornos mentais. Com efeito contrário, na Finlândia, o consumo de vinho durante as refeições foi associado ao alto nível BES em um inquérito populacional com pessoas entre 16 e 69 anos (OKSANEN e KOKKONEN, 2016). Assim, a nossa hipótese é de que, novamente, a cultura possui um impacto significativo, tanto na interpretação do padrão de consumo abusivo de álcool, como na sua associação com o melhor BES. Desta forma, os indivíduos que moram no Rio de Janeiro podem possuir um estilo de vida do qual o consumo de álcool esteja associado a descontração e felicidade, enquanto em São Paulo ligado a tristeza e a estresse.

Embora associado ao melhor bem-estar subjetivo, o consumo abusivo de álcool merece atenção e cuidado das políticas públicas de saúde. Isso porque o consumo nocivo de álcool gera prejuízos significativos aos serviços de saúde, no que se refere a mortes prematuras, acidentes, violência interpessoal, associações com diversos quadros clínicos, como doenças cardiovasculares, tabagismo, etc., além da própria dependência que também se configura um transtorno mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MUNHOZ, *et. al.,* 2017).

Com efeito, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 3 milhões de mortes por ano em todo o mundo são resultado do uso nocivo de álcool, o que representa 5,3% de todas as mortes ocorridas no planeta nesse período; o uso nocivo é um fator causal para mais de 200 doenças e lesões; e o consumo de álcool causa morte e incapacidade relativamente cedo na vida. Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool; existe uma relação causal entre o uso nocivo

do álcool e uma série de transtornos mentais e comportamentais, além de doenças não transmissíveis e lesões; foram estabelecidas recentemente relações causais entre o consumo nocivo do álcool e a incidência de doenças infecciosas, tais como tuberculose e HIV/aids; além das consequências para a saúde, o uso nocivo do álcool provoca perdas sociais e econômicas significativas para os indivíduos e para a sociedade em geral (OPAS, 2019).

No que se refere a associação positiva entre saúde, qualidade de vida e bem-estar subjetivo, há muita literatura apresentando resultados consistentes e fidedignos (HEADLEY, 1993; BINDER e COAD, 2011; DIENER e CHAN, 2011; LAWNESS e LUCAS, 2011; DIENER. *et. al.,* 2017). No nosso trabalho o pior BES esteve associado principalmente com o transtorno depressivo em ambas as cidades, São Paulo e Rio de Janeiro. Essa associação negativa entre o BES e o transtorno depressivo encontrada em nosso trabalho também é amplamente difundida na literatura (KOIVUMAA-HONKANEN, *et. al*, 1996; CACOZZI, 2017; CACOZZI, *et. al.,* 2021). Pacientes psiquiátricos, em geral, tendem a ter escores mais baixos de BES e serem mais insatisfeitos com a vida do que a população sem diagnóstico psiquiátrico, mas os pacientes depressivos, especificamente, são, entre todos, os mais insatisfeitos com a vida (KOIVUMMA-HOKKANEN *et. al.*, 1996). Para Headey, *et. al.*, (1993) é difícil uma pessoa ser feliz ou satisfeita com a vida e deprimida ao mesmo tempo, já que os sintomas presentes durante um episódio depressivo influenciam negativamente a percepção que o indivíduo faz sobre sua vida (BERLIM *et. al.,* 2008).

A depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história e no sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa auto-estima, que aparecem com frequência e podem

combinar-se entre si (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O transtorno depressivo, quando não recebe tratamento, se configura como uma doença crônica (SAAVEDRA, *et. al*., 2016) e os sintomas da doença frequentemente fazem com que os indivíduos percebam sua vida de maneira negativamente distorcida, tanto na esfera afetiva quanto cognitiva, o que prejudica o seu cotidiano, suas relações familiares, sociais e de trabalho (BERLIM, *et. al.,* 2008; MARTIN, *et. al.,* 2012) está associado a pior qualidade de vida relacionada à saúde (ASCEF, *et. al.,* 2017) e, em quadros mais graves pode resultar em suicídio (CHACHAMOVICH, *et. al.,* 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é um transtorno prevalente e grave, com impacto significante na vida cotidiana da pessoa. Ataulmente a depressão se configura como a doença mais incapacitante do mundo (IZUTSU, *et. al*., 2015), afetando aproximadamente 350 milhões de pessoas, de todas as idades no mundo, e embora existam tratamentos eficazes conhecidos que proporciam a melhora e a cura, das pessoas com critérios diagnosticos, menos da metade (em muitos países, menos de 10%) recebem tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Em 2015, a “Agenda for Sustainable Development and the Sustainable Development Goals (SDGs)” que aconetceu durante 70° Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), incluiu a saúde mental e o sofrimento emocional em um parágrafo de destaque. A missão da agenda de 2030 é: *“…a world with equitable and universal access to quality education at all levels, to health care and social protection, where physical, mental and social wellbeing are assured”.* A meta 3 do documento enfatiza a garantia de uma vida saudável com promoção do bem-estar em todas as idades, destacando os paragrafos que

inferem a necessidade de redução de mortes prematuras por doenças não transmissíveis, tratar e promover a saúde mental e aumentar o bem-estar (IZUTSU, *et. al.,* 2015).

Já nas reflexões finais, em meio ao contexto histórico social que estamos vivenciando com a pandemia do Coronovírus, acreditamos que, mais do que nunca, emerge a necessidade de abordar e aplicar políticas que promovam o cuidado com a saúde mental de maneira ampliada, fomentando ações que provovam o BES na população geral, como medida antecipanda da Agenda de 2030 para os dias atuais, objetivando a promoção de saúde e prevenção primária de doenças.

Por fim, algumas limitações devem ser abordadas em nosso trabalho. A primeira dela decorre do corte do estudo, como já citado anteriormente, sendo um estudo transversal, não é possível fazer associações causais. E a segunda decorrente das associações encontradas entre o BES e algumas variáveis da Escala de Resiliência, que optamos, teoricamente, por não abordar esses resultados na discussão, porque todas as variáveis da escala que apresentaram significância estatística estavam associadas a possibilidade de resposta NEUTRA.

15. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse por estudos que consideram os aspectos positivos de se viver é um campo de conhecimento que tem aumentado de maneira significativa nas últimas décadas. Estudos como o nosso, que relacionam os fatores associados ao bem-estar subjetivo, tanto na população geral, como em populações específicas, se constitui um campo de conhecimento que vem ganhando cada vez mais importância e notoriedade.

Em nosso trabalho foi possível perceber que as variáveis associadas os BES nas duas maiores cidades brasileiras apresentaram associações diferentes, com exceção do Transtorno Depressivo, que foi associado positivamente ao pior BES em ambas as cidades, como já se era esperado e bastante relatado pela literatura. Esse resultado nos faz pensar sobre a importância do contexto cultural e da percepção individual sobre a sociedade a qual se está inserido quando falamos em estudos sobre o bem-estar subjetivo da população geral.

Um resultado interessante em nosso trabalho foi o da participação em grupos sociais estar associada ao pior BES em São Paulo e o uso nocivo de álcool estar associado negativamente ao pior BES no Rio de Janeiro. A partir de uma análise sócio cultural das duas cidades é possível presumir que o uso do álcool está associado aos momentos de satisfação e felicidade no Rio de Janeiro, mas em São Paulo, cidade que colabora para um estilo de vida mais egoísta, a participação em grupos sociais, provavelmente por envolver momentos que favoreçam a comparação social, está associada ao pior BES, resultando em associações subjetivas de BES muito diferentes.

Quanto as hipóteses que nortearam esse trabalho, podemos concluir que algumas das premissas esperadas se confirmaram, como a associação negativa entre os transtornos mentais e o BES em ambas as cidade estudadas, São Paulo e Rio de Janeiro, e a rede de apoio e relacionamentos positivos associada ao melhor BES no Rio de Janeiro, embora outras variáveis importantes não apresentaram associação.

Por fim, os resultados desse trabalho motivam os envolvidos a continuar investigando os fatores associados ao BES na população brasileira como forma de contribuir ainda mais com as políticas públicas que objetivam melhorar a vida da população.

16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCANTARA, S. C. *et. al.* Peer violence, school environment and developmental contexts: its effects on well-being. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 509-522, Feb. 2019.

ALMEIDA FILHO, N. de. O que é saúde? **Editora Fiocruz**. Rio de Janeiro. 2011.

ANDREOLI, S. B. *et al*. Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey., **BMC psychiatry**, v. 9, n. 1, p. 34, 2009.

ARGYLE, M. The psychology of happiness. **Routledge**, 2013.

ASCEF, B. de O. *et. al.* Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil**. Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 22s, 2017.

BECKER, C.; KIRCHMAIER, I.; TRAUTMANN, S. T. Marriage, parenthood and social network: Subjective well-being and mental health in old age. **PloS one,** v. 14, n. 7, p. e0218704, 2019.

BERLIM, M. T.; BRENNER, J.K.; CALDIERARO, M.A.K.; PARGENDLER, J.S.; FLECK, M.P.A. Qualidade de vida em pacientes deprimidos In: FLECK, M. P. D. A. (Ed.). **A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, v.I, cap. 11, p.123-132. 2008. ISBN 978-85-363-0947-7.

BINDER, M.; COAD, A. “I'm afraid I have bad news for you…” Estimating the impact of different health impairments on subjective well-being. Papers on economics and evolution. **Social Science & Medicine**, v. 87, p. 155-167, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Dicas em Saúde. Depressão. Universidade Federal de Minas Gerais. Março, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/76depressao.html . Acessado em 17/01/2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 14/01/2021).

CACOZZI, A. **O bem-estar subjetivo de indivíduos com trastorno depressivo identificados na população geral**. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Santos. 2017.

CACOZZI, A., *et. al.* DOES THE USE OF ANTIDEPRESSANTS CHANGE THE SUBJECTIVE WELL- BEING OF INDIVIDUALS WITH ICD-10 DEPRESSIVE DISORDER IDENTIFIED IN THE GENERAL POPULATION?. **Journal of Affective Disorders Reports.** V. 04. 2021.

CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. E.; RODGERS, W. L. **The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions**. Russell Sage Foundation, 1976.

CHACHAMOVICH, E. *et. al.* Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, p. S18–S25, 2009.

CRAMM, J. M.; MØLLER, V.; NIEBOER, A. P. Improving subjective well-being of the poor in the Eastern Cape. Journal of Health Psychology, v. 15, n. 7, p. 1012-1019, 2010.

DE SILVA M.J.; HUTTLY S.R.; HARPHAM T.; KENWARD M.G. Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries. **Social Science & Medicine** 64(1):5-20. 2007.

DIENER, E., *et. al*. The Satisfaction With Life Scale, **Journal of Personality Assessment**, v. 49, n. 1, p. 71–75, 1985.

DIENER, E., *et. al.* "Subjective well-being: Three decades of progress." **Psychological Bulletin** v. 125, p. 276-302, 1999.

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

DIENER, E; BISWAS-DIENER, R. Will money increase subjective well-being?. **Social indicators research,** v. 57, n. 2, p. 119-169, 2002.

DIENER, E.; & SELIGMAN, M.E.P. Very happy people. **Psychological Science**, 13(1), 81-84, 2002.

DIENER, E.; & OISHI, S. The nonobvious social psychology of happiness. **Psychological Inquiry**, 16(4), 162-167, 2005.

DIENER, E., *et. al*. New Measures of Well-Being, *in*: , [s.l.]: **Springer Netherlands,** p. 247–266. 2009.

DIENER, E; CHAN, M. Y. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, v. 3, n. 1, p. 1-43, 2011.

DIENER, E.; TAY, L. Subjective well-being and human welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll. **International Journal of Psychology**, v. 50, n. 2, p. 135-149, 2015.

DIENER, E., *et. al*. If, why, and when subjective well-being influences health, and future needed research. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, v. 9, n. 2, p. 133-167, 2017.

DIENER, E; LUCAS, R. E.; OISHI, S. Advances and open questions in the science of subjective well-being. **Collabra. Psychology**, v. 4, n. 1, 2018.

FLECK, M. P. A. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 43-50, 2004.

GOETHALS G.R., KLEIN W.M.P. Interpreting and Inventing Social Reality. In: Suls J., Wheeler L. (eds) **Handbook of Social Comparison**. The Springer Series in Social Clinical Psychology. Springer, Boston, MA, 2000.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.P.G; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**. [Minha Biblioteca]. Retirado de https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582712863/

HEADEY, B.; KELLEY, J.; WEARING, A. Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression, **Social Indicators Research**, v. 29, n. 1, p. 63–82, 1993.

HELLIWELL, J. F.; HUANG, H.; WANG, S. The distribution of world happiness. **World Happiness**, v. 8, 2016.

HELLIWELL, J. F.; HUANG, H.; WANG, S. Changing World Happiness. **World Happiness Report** 2019.

HUNT, S. M.; MCEWEN, J. The development of a subjective health indicator. **Sociology of health & illness**, v. 2, n. 3, p. 231-246, 1980.

IBOPE Inteligência. Indicadores de Percepção da Cidade de São Paulo. 2009. Disponível em: https://www.nossasaopaulo.org.br/sites/default/files/pesquisas/pesquisaibope2009.pdf . Acessado em: 27/01/2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama . Acessado em: 25/01/2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama . Acessado em: 25/01/2021.

IZUTSU, T., *et. al.* Mental health and wellbeing in the Sustainable Development Goals. **The Lancet Psychiatry,** 2(12), 1052–1054. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00457-5. 2015.

JORM, A. F.; RYAN, S. M. Cross-national and historical differences in subjective well-being. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 330-340, 2014.

KHAN, A.; & HUSAIN, A. Social Support as a Moderator of Positive Psychological Strengths and Subjective Well-Being. **Psychological Reports**, 106(2), 534-538, 2010.

KAHNEMAN D.; DEATON A. High income improves evaluation of life but not emotional well-being. **Proc Natl Acad Sci U S A**. 2010 Sep 21;107(38):16489-93. doi: 10.1073/pnas.1011492107. Epub 2010 Sep 7. PMID: 20823223; PMCID: PMC2944762.

KISH, L. A. Procedure for Objective Respondent Selection within the Household, **Journal of the American Statistical Association**, v. 44, n. 247, p. 380–387, 1949.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida-aspectos conceituais. **Revista Salus**, v. 1, n. 1, 2007.

KOIVUMAA-HONKANEN, H. T., *et. al*. Correlates of life satisfaction among psychiatric patients., **Acta psychiatrica Scandinavica**, v. 94, n. 5, p. 372–378, 1996.

KOIVUMAA-HONKANEN, H. T., *et. al*. Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study., **Acta psychiatrica Scandinavica**, v. 103, n. 1, p. 38–44, 2001.

KUTEK, S.M., TURNBULL, D. & FAIRWEATHER-SCHMIDT, A.K. Rural men's subjective well-being and the role of social support and sense of community: Evidence for the potential benefit of enhancing informal networks. **Australian Journal of Rural Health**, 19(1), 20-26, 2011.

LAMU, A. N.; OLSEN, J. A. The relative importance of health, income and social relations for subjective well-being: an integrative analysis. **Social Science & Medicine,** v. 152, p. 176-185, 2016.

LAWLESS, N. M.; LUCAS, R. E. Predictors of regional well-being: A county level analysis. **Social Indicators Research**, v. 101, n. 3, p. 341-357, 2011.

LEE, S. Marital status, gender, and subjective quality of life in Korea. **Dev Soc**. Dec;27(2):35-49. PMID: 12295268, 1998.

LEITE, M. P. Entre o individualismo e a solidariedade: dilemas da política e da cidadania no Rio de Janeiro. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 15, n. 44, p. 43-90, 2000.

LUCAS, R. E., *et al.* Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. **Journal of personality and social psychology**, v. 84, n. 3, p. 527, 2003.

LUCAS, R. E.; *et. al.* Unemployment alters the set point for life satisfaction. **Psychological science**, v. 15, n. 1, p. 8-13, 2004.

LUZ, M. T. **Saúde: origens etimológicas do termo. Dicionário da Educação Profissional em saúde.** ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. FIOCRUZ. 2009. Disponível em http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html . Acessado em: 20/10/2019.

MAHUTEAU S; Zhu R. Crime Victimisation and Subjective Well-Being: Panel Evidence From Australia. **Health Econ**. 25(11):1448-1463. doi: 10.1002/hec.3230, 2016.

MARTIN, D., *et al.* Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público, **Interface: Communication, Health, Education,** v. 16, n. 43, p. 885–900, 2012.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.

MORRISON, M.; TAY, L., DIENER, E. Subjective well-being and national satisfaction: findings from a worldwide survey. **Psychol Sci.** Feb;22(2):166-71. 2011

MUNHOZ, T. N., *et. al.* Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00104516, 2017.

NERI, M. C. A nova classe média. **Revista Conjuntura Econômica**, v. 62, n. 9, p. 48-51, 2008.

NERI, M. C. **Consumidores produtores e a nova classe média: miséria, desigualdade e determinantes das classes**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2009.

NERI, M. C. **A nova classe média: o lado brilhante da base da pirâmide**. São Paulo: Editora Saraiva, 2011.

NG, Weiting; DIENER, Ed. What matters to the rich and the poor? Subjective well-being, financial satisfaction, and postmaterialist needs across the world. **Journal of personality and social psychology**, v. 107, n. 2, p. 326, 2014.

NGAMABA, K.H. Determinants of subjective well-being in representative samples of nations**. European Journal of Public Health**, 1–6. 2016.
NGAMABA, K.H. Determinants of subjective well-being in representative samples of nations**. European Journal of Public Health**, 1–6. 2016.

NGAMABA K.H.; PANAGIOTI M.; ARMITAGE C.J. How strongly related are health status and subjective well-being? Systematic review and meta-analysis. **Eur J Public Health**.1;27(5):879-885. 2017.

NGAMABA K.H., PANAGIOTI M., ARMITAGE C.J. Income inequality and subjective well-being: a systematic review and meta-analysis. **Qual Life Res**. 2018 Mar;27(3):577-596. doi: 10.1007/s11136-017-1719-x. Epub 2017 Oct 24. PMID: 29067589; PMCID: PMC5845600

O'DOUGHERTY, M. (1998). **Auto-retratos da classe média: hierarquias de "cultura" e consumo em São Paulo.** Dados, 41(2), 411-444.

OKSANEN, A.; KOKKONEN, H. Consumption of wine with meals and subjective well-being: A finnish population-based study. **Alcohol and Alcoholism**, v. 51, n. 6, p. 716-722, 2016.

OPAS. Organização pan-americana da saúde. Folha informativa – Álcool. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093 . Acessado em: 14/01/2021

PEREIRA, D. S. **Felicidade e significado: um estudo sobre o bem-estar em profissionais da educação do estado de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. 2017.

PESCE R.P., ASSIS S.G., AVANCI J.Q., SANTOS N.C., MALAQUIAS J.V., CARVALHAES R: [Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale]. **Cad Saude Publica,** 21(2):436-448. 2005.

PESSÔA, S. de A. **A crise mundial de 2007 e 2008 e seus impactos na economia brasileira.** FGV. 2009.

PNUD. Programa das Nações Unidas de Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano. 2020. Disponível em: https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html . Acessado em: 15/01/2020.

QUINTANA, M. I. *et al*. Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2 . 1) Validade e limitações da versão brasileira do Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2 . 1), **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 55 11, p. 18–22, 2007.

QUINTANA, M. I. *et al*. Accuracy of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1) for diagnosis of post-traumatic stress disorder according to DSM-IV criteria, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p. 1312–1318, 2012.

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

ROSENBERG, M. B. **Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. Editora Agora, 2006.

SAAVEDRA, K., *et. al.* Epigenetic modifications of major depressive disorder. **International journal of molecular sciences**, v. 17, n. 8, p. 1279, 2016.

SARAIVA, L. F. de O., *et. al*. A" nova classe média": repercussões psicossociais em famílias brasileiras. **Psicologia USP**, v. 26, n. 1, p. 52-61, 2015.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva,** v. 17, p. 29-41, 2007.

SEADE. **Informações dos Municípios Paulistas**. São Paulo, 2004. Disponível em: <www.seade.gov.br>.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública.** 1997.

SELIGMAN, Martin EP. **Florescer.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SELL, H.; NAGPAL, R. Assessment of Subjective Well-Being. **Regional Health Paper, SEARO,** v. 24, p. 37, 1992.

SELL, H. The Subjective Well-Being Inventory (SUBI), **International Journal of Mental Health**, v. 23, n. 3, p. 89–102, 1994.

STIGLITZ, J.; SEN, A. K.; FITOUSSI, J.P.. **The measurement of economic performance and social progress revisited: reflections and overview.** 2009.

SULS, J.; WHEELER, L. (Ed.). Handbook of social comparison: Theory and research. **Springer Science & Business Media**, 2013.

TATANGELO, G.; MCCABE, M.; CAMPBELL, S.; SZOEKE, C. Gender, marital status and longevity. **Maturitas**. 2017 Jun;100:64-69. doi: 10.1016/j.maturitas.03.002. Epub 2017 Mar 7. PMID: 28539178, 2017.

THE WHOQOL GROUP, The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties, **Social Science & Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569–1585, 1998.

UGOCHUKWU, C. *et al.* The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. **Harvard review of psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 1-17, 2013.

VOLK, R. J. *et. al.* Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research,** v. 21, n. 5, p. 899-905, 1997.

WANG, X. Subjective well-being associated with size of social network and social support of elderly. **Journal of health psychology**, v. 21, n. 6, p. 1037-1042, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. 1946. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1. Acessado em: 06/03/1946.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Wellbeing Measures in Primary Health Care/ The Depcare Project, **Report on a WHO Meeting**, p. 45, 1998.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **Depression, WHO**, disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/ , acesso em: 15/ 01/ 2021.

WOYCIEKOSKI, C.; STENERT, F.; HUTZ, C. S. Determinantes do bem-estar subjetivo**. Psico**, v. 43, n. 3, p. 1, 2012.

17. ANEXOS

1. Escala de Resiliência

ER Olhe para o Cartão 14 e diga o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:	**DISCORDO**			**NEM CONCORDO NEM DISCORDO**	**CONCORDO**		
	Totalmente	**Muito**	**Pouco**		**Pouco**	**Muito**	**Totalmente**
ER1 Quando eu faço planos, eu os levo até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
ER2 Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
ER3 Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
ER4 Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
ER5 Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
ER6 Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
ER7 Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
ER8 Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
ER9 Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
ER10 Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
ER11 Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
ER12 Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
ER13 Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
ER14 Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
ER15 Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
ER16 Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
ER17 Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7

ER18 Em uma emergência, eu sou uma pessoa com quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
ER19 Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
ER20 Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
ER21 Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
ER22 Eu não insisto em coisas sobre as quais eu não posso fazer nada.	1	2	3	4	5	6	7
ER23 Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
ER24 Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
ER25 Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

2. Capital Social

CS1 Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua comunidade. Nos últimos 12 meses você participou ativamente de qualquer um dos seguintes grupos?

	Tipo de Grupo	NAO	SIM
01	Sindicato	1	5
02	Associação comunitária/cooperativa	1	5
03	Grupo de mulheres	1	5
04	Grupo político	1	5
05	Grupo religioso	1	5
06	Cooperativa de crédito	1	5
07	Grupo de esportes	1	5

CS2 Nos últimos 12 meses, você recebeu de algum dos grupos mencionandos qualquer tipo de ajuda emocional, econômica, ou assistência para fazer ou aprender a fazer coisas?

		NAO	SIM
01	Sindicato	1	5
02	Associação comunitária/cooperativa	1	5
03	Grupo de mulheres	1	5
04	Grupo político	1	5
05	Grupo religioso	1	5
06	Cooperativa de crédito	1	5
07	Grupo de esportes	1	5

CS3 Nos últimos 12 meses, você recebeu qualquer tipo de ajuda ou suporte emocional, econômico, ou assistência para fazer ou aprender a fazer coisas dos seguintes grupos?

		NÃO	SIM
01	Família	1	5
02	Vizinhos	1	5
03	Amigos que não são vizinhos	1	5
04	Líderes comunitários	1	5
05	Líderes religiosos	1	5
06	Politicos	1	5
07	Servidores públicos	1	5
08	Instituições de caridade/ONG	1	5
09	Outros: especifique _____	1	5

CS4 Nos últimos 12 meses, você se reuniu com outros membros da comunidade para discutir um problema pessoal ou do grupo?	NÃO.....1 SIM.....5
CS5 Nos últimos 12 meses, você conversou com uma autoridade local ou órgão governamental sobre problemas da sua comunidade?	NÃO.....1 SIM.....5
CS6 De forma geral, pode-se confiar na maioria das pessoas desta comunidade?	NÃO.....1 SIM.....5
CS7 A maioria das pessoas desta comunidade mantém um bom relacionamento entre si?	NÃO.....1 SIM.....5

CS8	Você se sente realmente fazendo parte desta comunidade?	NÃO.....1 SIM.....5
CS9	Você acha que a maioria das pessoas desta comunidade tentaria tirar vantagem de você se tivesse oportunidade?	NÃO.....1 SIM.....5

3. Artigo publicado

Journal of Affective Disorders Reports 4 (2021) 100092

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders Reports

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jadr

Research Paper

Does the use of antidepressants change the subjective well- being of individuals with ICD-10 depressive disorder identified in the general population? ☆

Aline Cacozzi [a,b,*], Eliana Miura Zucchi [a,c], Sergio Luís Blay [d], Maria Izabel Calil Stamato [c], Maria Inês Quintana [d], Marcelo Feijó de Mello [d], Rodrigo Affonseca Bressan [d], Jair de Jesus Mari [d], Sérgio Baxter Andreoli [a,d]

[a] Public Health Program, Catholic University of Santos - Unisantos, Santos, São Paulo, Brazil
[b] University of West Paulista - Unoeste, Faculdade de Medicina de Guarujá, UNOESTE, Rua Quinto Bertoldi, 40 • 1° Pavimento • Vila Maia, Guarujá, São Paulo 11410-980, Brazil
[c] Psychology, Development and Public Policy Program, Catholic University of Santos - Unisantos, Santos, São Paulo, Brazil
[d] Department of Psychiatry, Federal University of São Paulo (Escola Paulista de Medicina - UNIFESP), São Paulo, SP, Brazil

ARTICLE INFO

Keywords:
Depression
Epidemiology
Mental health
Epidemiological survey
Community representative sample

ABSTRACT

Objective: Subjective well-being (SWB) is impaired in individuals with depressive disorders. The aim of this study was to assess individuals in the general population identified as having depression and compared to SWB of those with antidepressants use.

Methods: A household study with a probability sample (N = 3744) was conducted in São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil, from 2007 to 2008. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) was used to diagnose depression and the Subjective Well-Being Inventory was used to attain the individual's perception of SWB. To estimate the association between SWB and diagnosis of depression, Poisson regression analyses were performed controlling the effects of sociodemographic variables, family history of mental health, other psychiatric diagnoses, and antidepressants use.

Results: In the general population, poor SWB was associated to psychiatric diagnosis (depression and others); the productive age; living alone (single; separated or widowed); lower schooling; higher income; history of mental illness in the family; the non-practice of religion and the use of antidepressants. In the exclusive population of patients diagnosed with depression, the poor SWB was associated only to marital status. Twenty two percent of the individuals with depression used antidepressants, and this was not associated to their perceived SWB.

Limitation: The main limitation of study was the use of psychotropic medication used as a proxy to identify individuals who made use of health services or received treatment.

Conclusion: The individuals diagnosed with depression in the general population had a poorer perception of their SWB, and that SWB was not associated to antidepressants use.