



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.40.111.A002>

Bem-estar subjetivo prediz variáveis relacionadas à sintomas de depressão, tratamento e tentativas de suicídio?

*Does subjective well-being predict variables related to symptoms of depression,
treatment and suicide attempts?*

Mirela Alves de Oliveira Dorta
Universidade São Francisco
<https://orcid.org/0000-0002-3147-7747>
mirela.dorta@gmail.com

Makilim Nunes Baptista
Universidade São Francisco
<https://orcid.org/0000-0001-6519-254X>

Resumo

Introdução: O bem-estar subjetivo (satisfação de vida, afetos positivos e afetos negativos) é um construto que visa identificar os fatores positivos dos indivíduos, enquanto a depressão é um transtorno mental, relacionado a baixo nível de bem-estar subjetivo. O objetivo foi correlacionar (prever) e comparar esses construtos, bem-estar subjetivo e a sintomatologia depressiva, em grupos com e sem transtorno mental prévio. **Método:** Amostra composta por 167 indivíduos, sendo 74,3% pessoas sem diagnóstico de transtorno mental. Foram aplicadas uma ficha sociodemográfica, a Escala Baptista de Depressão – Versão Breve (EBADEP-A), Escala de Satisfação com a Vida (ESV) e a Escala de Afetos (EA), analisando através da correlação de Pearson, do teste t de Student e da *path analysis*. **Resultados:** Correlação negativa ($r = -0,48$; $p = 0,001$) entre os afetos positivos e depressão e correlação positiva ($r = 0,55$; $p = 0,001$) entre afetos negativos e depressão. Quanto maior foi a satisfação com a vida, menores foram os sintomas depressivos e os afetos negativos e maiores os afetos positivos. **Discussão:** O bem-estar subjetivo está associado negativamente com a sintomatologia depressiva. Na *path analysis* verificou-se que o bem-estar subjetivo predisse os sintomas depressivos e os afetos predisseram o índice de psicopatologia (tentativa anterior de suicídio, tratamento medicamentoso e psicoterápico para depressão). **Conclusão:** O bem-estar é um importante preditor de sintomas depressivos, bem como os afetos estão relacionados à tratamento de depressão e tentativas de suicídio.

Palavras-chave: *satisfação de vida; afetos positivos; afetos negativos; sintomatologia depressiva*

Abstract

Introduction: Subjective well-being (life satisfaction, positive and negative affects) is a construct that aims to identify the positive factors of individuals, while depression is a mental disorder, related to a low level of subjective well-being. The objective was to correlate (predict) and compare these constructs, subjective well-being and depressive symptoms, in groups with and without previous mental disorder. **Method:** Sample composed of 167 individuals, 74.3% of whom were not diagnosed with mental disorders. A sociodemographic form, the Baptista Depression Scale - Brief Version (EBADEP-A), Life Satisfaction Scale (ESV) and Affection Scale (EA) were applied, analyzing through Pearson's correlation, Student's t test and path analysis. **Results:** Negative correlation ($r = -0.48$; $p = 0.001$) between positive affect and depression and positive correlation ($r = 0.55$; $p = 0.001$) between negative affect and depression. The greater the satisfaction with life, the lower the depressive symptoms and negative affects and the greater the positive affects. **Discussion:** Subjective well-being is negatively associated with depressive symptoms. In the path analysis, it was found that subjective well-being predicted depressive symptoms and affects predicted the psychopathology index (previous suicide attempt, drug and psychotherapeutic treatment for depression). **Conclusion:** Well-being is an important predictor of symptoms depression, as well as affects are related to the treatment of depression and suicide attempts.

Keywords: *life satisfaction; positive affects; negative affects; depressive symptoms*

Resumen

Introducción: El bienestar subjetivo (satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos) es un constructo que tiene como objetivo identificar los factores positivos de los individuos, mientras que la depresión es un trastorno mental, relacionado con un bajo nivel de bienestar subjetivo. El objetivo fue correlacionar (predecir) y comparar estos constructos, bienestar subjetivo y síntomas depresivos, en grupos con y sin trastorno mental previo. **Método:** Muestra compuesta por 167

individuos, de los cuales el 74,3% no estaban diagnosticados de trastornos mentales. Se aplicó un formulario sociodemográfico, la Escala de Depresión de Baptista - Versión Breve (EBADEP-A), la Escala de Satisfacción con la Vida (ESV) y la Escala de Afecto (EA), analizando mediante correlación de Pearson, prueba t de Student y análisis de ruta. Resultados: Correlación negativa ($r = -0,48$; $p = 0,001$) entre afecto positivo y depresión y correlación positiva ($r = 0,55$; $p = 0,001$) entre afecto negativo y depresión. A mayor satisfacción con la vida, menores síntomas depresivos y afectos negativos y mayores afectos positivos. Discusión: El bienestar subjetivo se asocia negativamente con los síntomas depresivos. En el análisis de trayectoria, se encontró que el bienestar subjetivo predijo los síntomas depresivos y los afectos predijeron el índice de psicopatología (intento de suicidio previo, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico para la depresión). Conclusión: El bienestar es un importante predictor de síntomas depresivos, así como ya que los afectos están relacionados con el tratamiento de la depresión y los intentos de suicidio. Palabras clave: Satisfacción con la vida; Afectos positivos; Afectos negativos; Síntomas depresivos.

Palabras clave: *satisfacción con la vida; afectos positivos; afectos negativos; síntomas depresivos*

Introdução

Os estudos das potencialidades e das virtudes humanas possuem menor foco de interesse do que das emoções negativas, voltadas para a doença, para a fraqueza e a desordem dos indivíduos. A Psicologia Positiva estuda as forças e virtudes da humanidade e visa ter uma compreensão científica mais ampla da vivência das pessoas, buscando o equilíbrio entre os fatores negativos e positivos dessas experiências e agregando principalmente os aspectos saudáveis da vida (Medeiros, 2020). Segundo Reuse et al (2017), quando se dá importância para os aspectos positivos do ser humano, contribui-se para a compreensão do funcionamento psicológico total, indo além de olhar somente para o processo patológico e para o sofrimento humano, mas também trabalhando com a prevenção de doenças e transtornos mentais e com a promoção de saúde.

Medeiros (2020) salientaram em seus estudos que o tratamento psicológico não é apenas a correção do que está errado ou doente, mas nutrir o que já existe de saudável nas pessoas, buscando dar forças as qualidades e atributos da personalidade do sujeito. Segundo o autor, a Psicologia Positiva possui três grandes pilares para estudo: a emoção positiva, os traços positivos, (ex. inteligência e outras habilidades) e as instituições positivas, (ex. família e a democracia), que dão apoio às emoções positivas.

O bem-estar subjetivo é um construto importante, sendo conceituado como a avaliação e os sentimentos do indivíduo em relação a própria vida, constituído por um componente afetivo (sentimentos e emoções), que pode ser positivos ou negativos, e cognitivo, (pensamentos e razão) (Albuquerque et al., 2010). As primeiras pesquisas, como as de Diener et al. (1985), indicavam que o bem-estar subjetivo era o mesmo que felicidade. Quanto mais a definição de bem-estar subjetivo foi se aperfeiçoando, foi se percebendo que o mesmo (interpretação da realidade entendida pelo sujeito), pode interferir na felicidade, mas que não são a mesma coisa. O bem-estar é uma atitude diante da percepção do indivíduo e a felicidade está ligada à dimensão afetiva de funcionamento positivo que pode estar envolvida nesse processo (Giacomoni & Hutz, 1997).

Um dos aspectos fundamentais para a evolução da felicidade é a satisfação com a vida, esta conceituada como uma avaliação cognitiva positiva da vida em geral. A

satisfação com a vida pode modular as emoções positivas e negativas, no qual o indivíduo intensifica determinadas emoções. As pessoas que possuem baixa satisfação com a vida tendem a ter baixo bem-estar subjetivo, além de possuírem pouca motivação para alcançar seus objetivos e projetos (Cacozzi, 2017). O afeto positivo se refere a regularidade com que o sujeito experiencia emoções positivas e agradáveis. É um estado emocional transitório ligado ao sentimento de prazer, de entusiasmo e pode ser percebido por intermédio de emoções como a felicidade, o amor, o contentamento, o orgulho. Já o afeto negativo é uma expressão da frequência de emoções negativas que o indivíduo experiencia, sendo também considerado um estado emocional transitório, mas que considera emoções e sentimentos desagradáveis que podem afligir o indivíduo, como a tensão, a ansiedade, a depressão, o pessimismo, a vergonha e outros sentimentos psíquicos angustiantes (Albuquerque et al, 2010).

Cacozzi (2017) afirma que, ao serem estimulados e enfatizados os aspectos positivos, estes podem intervir e prevenir os transtornos psicológicos. Os elementos positivos já existentes na pessoa, como autonomia, otimismo, capacidade de boa comunicação, resistência e sentimento de esperança, podem auxiliar no processo de enfrentamento e superação diante de adversidades, num processo de ajustamento psíquico. Neste sentido, o bem-estar subjetivo pode ser considerado um fator protetivo à saúde mental, já que mantém e/ou promove altos níveis de qualidade e satisfação com a vida e atenua os riscos de psicopatologia durante a evolução da pessoa (Patias et al., 2017). Segundo Cacozzi (2017), assim como a satisfação com a vida e o bem-estar estão relacionados positivamente a saúde mental, a insatisfação com a vida está relacionada aos transtornos mentais, mais especificamente com o transtorno depressivo (Ferreira et al., 2017).

A depressão, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014) é um transtorno psiquiátrico de humor, que se caracteriza por humor rebaixado e triste. Estes sintomas principais, além da perda do prazer em atividades que antes eram prazerosas ou anedonia, dificuldades e desregulações no sono e na alimentação, pensamentos negativos recorrentes e sentimento de culpa e desvalia, devem persistir por no mínimo duas semanas para considerar o diagnóstico de transtorno depressivo. Os sentimentos negativos e a

insatisfação com a vida, que são características essenciais do transtorno depressivo, podem levar o sujeito a desenvolver desejo de autodestruição e ideações suicidas, já que o grau de dor psíquica que o indivíduo está vivenciando é acentuado e suas experiências podem não o satisfazer mais. Também podem surgir sentimentos de desesperança contínuos e falta de perspectiva futura de vida (Pires et al., 2015).

Lessa (2018) constatou, através da revisão bibliográfica que realizou sobre aplicação de avaliações psicológicas e/ou escalas que avaliam o bem-estar subjetivo, utilizando o trabalho de Hutz (2014), que é possível verificar afetos negativos intensos que são capazes de gerar o transtorno depressivo e, com isso, pode-se dizer que testes de bem-estar subjetivo provavelmente identificam a depressão. Essa conclusão se deu por constatar uma associação negativa entre o bem-estar subjetivo e o transtorno depressivo, principalmente pelo fato de que uma pessoa que avalia positivamente os eventos da vida e tem atitudes positivas frente aos eventos diminui a possibilidade de estar com sintomas depressivos persistentes, como o humor rebaixado e a percepção negativa perante os eventos da vida. Silveira (2020) também refere que o foco na vivência dos afetos negativos pode ser considerado fator de risco para a sintomatologia depressiva e também para manter e agravar o quadro depressivo.

Diante dos critérios evidenciados para o diagnóstico do transtorno depressivo e as colocações sobre as associações entre os afetos negativos e a sintomatologia depressiva, é importante ressaltar que segundo Tavares (2017), o diagnóstico de um transtorno psiquiátrico é um processo completo e não se resume apenas a um somatório de afetos e emoções negativas. Portanto, estes afetos corroboram para o desenvolvimento do adoecimento mental, existindo um conjunto de outros fatores que podem envolver esse processo de evolução do transtorno.

De acordo com Giacomoni e Hutz (1997), não é apenas a ausência de sintomas depressivos (que podem se desenvolver com a prevalência de emoções negativas) que define o bem-estar subjetivo, mas também a presença de emoções e experiências positivas. Tavares (2017) refere que o bem-estar subjetivo, incluindo a satisfação com a vida e os afetos positivos, possuem função protetiva diante do adoecimento e de transtornos mentais, pois estão associados a aspectos saudáveis e positivos na vida do indivíduo. Noronha et al. (2015) apontaram que os afetos negativos, incluídos dentro do

conceito de bem-estar subjetivo, foram correlacionados positivamente com a depressão, o que significa que quanto maior são os afetos negativos do indivíduo, maiores são os sintomas depressivos. No mesmo estudo também apresentaram uma correlação negativa entre depressão e satisfação de vida.

De acordo com o Ministério de Saúde (2019), um dos fatores de risco que podem facilitar o desenvolvimento de um quadro depressivo é possuir outro transtorno psiquiátrico correlato, como por exemplo: transtorno de ansiedade, transtorno bipolar, síndrome de *burnout*, dependência química, entre outros. Também se espera neste estudo que o grupo de pessoas da amostra que possui diagnóstico de algum transtorno mental apresente maior nível de sintomas depressivos e de afetos negativos e menores índices de satisfação com a vida e afetos positivos do que a parte da amostra que não possui diagnóstico de transtorno psiquiátrico.

O bem-estar subjetivo é um fator que promove e mantém bons níveis de saúde mental e, diante disso, de acordo com a literatura, é esperado que haja uma correlação negativa entre o construto e a depressão. Sendo assim, quanto maior é o nível de bem-estar subjetivo, menor é a presença de sintomatologia depressiva na pessoa, ou quanto maior são os sintomas depressivos, menor é o bem-estar subjetivo do mesmo (Cacozzi, 2017). Portanto, se pressupõe que tanto a satisfação com a vida quanto os afetos positivos tenham correlação negativa com a depressão, mas, que os afetos negativos, de acordo com Patias et al. (2017) apresentem correlação positiva com a sintomatologia depressiva.

Objetivos

Diante disso, a presente pesquisa tem como objetivo compreender o nível de associação entre o bem-estar subjetivo (incluindo a satisfação com a vida e os afetos positivos e afetos negativos) e o transtorno psicológico de depressão. Mais especificamente, realizou-se uma *path analysis* avaliando se a satisfação com a vida e os afetos positivos e afetos negativos prediziam sintomas de depressão e variáveis associadas à depressão (tentativa anterior de suicídio, tratamento medicamentoso e tratamento psicoterápico para depressão), além de realizar comparações entre o grupo de pessoas com diagnóstico prévio de transtorno mental e do grupo de pessoas que não

possuem e como objetivos secundários comparar outras variáveis, como: sexo, idade, tipos de transtornos mentais, histórico de familiares com transtornos mentais, tratamento psicológico e medicamentoso e tentativa de suicídio, verificando quais deles apresentam maiores e menores níveis de bem-estar subjetivo e sintomatologia depressiva.

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa 167 indivíduos de ambos os sexos, sendo que 43 pessoas (25,7%) relataram diagnóstico de diferentes transtornos mentais e 124 (74,3%) pessoas não relataram diagnóstico de transtorno mental, sendo que o relato feito pelos participantes de que possuem diagnóstico de algum transtorno mental foi baseado na avaliação e diagnóstico emitido por um médico psiquiatra (particular de cada indivíduo) e anterior à esta pesquisa. A amostra geral teve idade entre 18 a 60 anos ($M=28,8$; $DP=10,0$), sendo 84 (50,3%) do sexo feminino. Com relação aos grupos específicos, os participantes sem autorrelato de transtorno mental tiveram a média de idade 28,2 anos ($DP=9,97$) e os participantes com transtorno mental tiveram a média de idade 30,4 anos ($DP=10,08$). A maior parte da amostra foi composta por pessoas que não possuíam transtornos mentais (74,3%). Sobre a variável estado civil, foi possível constatar que a maior parte da amostra é composta por solteiros, (62,9%), seguido de casados, amigados ou união estável (34,1%). Com relação aos estados brasileiros que as pessoas moravam, a maioria foi proveniente do estado de São Paulo (93,4% da amostra). Em relação a variável escolaridade, 37,1% possuíam ensino superior incompleto, seguidos de 36,5% da amostra que possuem ensino superior completo. Quanto a estar trabalhando, 64,7% da amostra trabalhavam no momento da pesquisa.

Instrumentos

Ficha Sociodemográfica

Foi elaborada pelos pesquisadores para identificar alguns dados pessoais. Foi composta por perguntas sobre sexo, idade, estado civil, moradia, escolaridade, emprego atual, avaliações prévias de saúde mental (psicológica ou psiquiátrica), diagnóstico de transtorno mental, familiar com diagnóstico de transtorno mental, tratamento medicamentoso ou psicológico para controle do transtorno e tentativa de suicídio.

Escala Baptista de Depressão –Versão breve (EBADEP- Breve) – (Baptista, 2012)

É uma versão curta da escala original denominada como Escala Baptista de Depressão – Versão Adulto (EBADEP – A), construída no Brasil por Baptista (2012). A EBADEP- versão breve é constituída por 30 frases, que são apresentadas em pares com frases opostas (uma de cunho positivo e outra de cunho negativo), acarretando no total de 15 itens, por exemplo: “tenho me sentido muito bem” à “tenho estado mais angustiado”, “o futuro será melhor” à “não acredito que as coisas melhorem”, “não costumo sentir culpa” à “venho me sentindo culpado pelos problemas”. As respostas são dadas em escala tipo *Likert* de quatro pontos que variam de 0 (zero) a 3 (três) e o valor da escala é obtido com a soma das pontuações dos 15 itens, tendo como pontuação mínima de 0 e máxima de 45 pontos. Para interpretação, foi dado um ponto de corte ideal pela curva de ROC, no qual sugere que até o escore 19, ou seja, se o indivíduo pontuar até 19, é considerado sem sintomatologia depressiva e acima de 19 pode-se considerar a presença de sintomas depressivos importantes para uma avaliação mais acurada. A escala é unifatorial, tendo como índice de sensibilidade de 95% e como índice de especificidade de 87,5% (Gonçalves et al., 2021).

Escala de Satisfação com a Vida - ESV (Tradução e adaptação por Neto, 1993)

Esta escala é a versão traduzida e adaptada da versão original produzida por Diener et al. (1985). É composta por cinco itens (por exemplo, “na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal”), sendo as respostas graduadas de acordo com uma escala tipo *Likert* de sete pontos, que vai de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Esta medida é unifatorial e tem o propósito de avaliar o julgamento que os indivíduos fazem sobre a sua própria satisfação com a vida, sendo que elas elegem, de acordo com seus valores e ideais, os aspectos a serem considerados para expressar tal satisfação. Para interpretação, quanto menor a pontuação, menor será a satisfação de vida da pessoa, sendo que a pontuação pode variar de 0 a 35 pontos. Foram realizados estudos de evidências de validade por Gouveia et al. (2005) da versão traduzida e foi testada a fidedignidade e a validade de conteúdo no Brasil, verificando alfas em diferentes regiões brasileiras, sendo que o menor constatado foi de 0,88 na amostra da região Norte e nas demais regiões foram averiguados alfas com valor similar a 0,89, apresentando confiabilidade da escala.

Escala de Afetos – EA (Zanon et al., 2013)

Esta escala brasileira foi produzida com base no instrumento inglês chamado *Positive and Negative Affect Schedule* – PANAS, produzida por Watson et al. (1988) e por outro instrumento que foi adaptado para o Brasil (PANAS: Giacomoni & Hutz, 1997). Ela é composta por 20 itens e avalia os construtos de afeto positivo e negativo, sendo 10 itens que representam afetos positivos e 10 itens que representam afetos negativos. Cada item é composto por sentenças que representam temperamentos e sentimentos dos sujeitos, como, por exemplo: “sou corajoso”, “eu me irrito facilmente”, entre outros. Cada afirmação é avaliada em uma escala *Likert* de cinco pontos, variando de “nada a ver comigo” a “tudo a ver comigo”. Durante o estudo de Zanon et al. (2013) foram apresentadas evidências de validade de construto e de propriedades psicométricas apropriadas, sendo que Escala de Afetos (EA) possui coeficientes de fidedignidade medidos pelo alfa de Cronbach de 0,83 para o fator 1 (afetos positivos) e de 0,77 para o fator 2 (afetos negativos).

Procedimentos

Para realização da testagem, foi feita a submissão do projeto ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade São Francisco (USF) para a realização da pesquisa (CAAE: 60623516.7.0000.5514). Tiveram que ser tomadas medidas de emergência em decorrência da pandemia provocada pela COVID-19 e por isso, a pesquisa presencial não pôde ocorrer da maneira que havia sido planejada. Neste sentido, logo após a aprovação do comitê, a coleta foi realizada de modo *online*, tendo os instrumentos inseridos em um formulário do *Google Forms* e compartilhado em redes sociais e em grupos específicos do *Facebook*, que tinham como tema, por exemplo: “Transtornos Psiquiátricos”, “Depressivos”, “Ansiosos e Ajudadores” e “Transtorno Bipolar, Borderline, Depressão e outros transtornos”. Os participantes tinham que aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que estava disposto na primeira página do formulário, para comprovar a participação voluntária e conhecimento sobre os objetivos do estudo, e desta maneira, pudessem ter acesso aos instrumentos.

A ordem de aplicação foi: Ficha sociodemográfica, EBADEP-A Versão Breve, ESV e, por fim, a EA. O formulário ficou disponível para respostas durante duas semanas e o tempo médio para responder a pesquisa foi de 20 minutos.

Plano de análise de dados

Inicialmente foi feita uma análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos e posteriormente as associações foram realizadas por meio da análise de correlação de *Pearson*, entre a ESV, a EA e a EBADEP-A, utilizando como significância $p < 0,05$. Quando se refere ao bem-estar subjetivo, é importante ressaltar que foram avaliados os construtos de satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos de maneira separada, em escalas diferentes. Foi realizada comparação entre os dois grupos, ou seja, de pessoas que possuem diferentes transtornos mentais e de pessoas que não

possuem transtornos mentais, diante das variáveis: “possui algum familiar com depressão”, “faz tratamento psicológico”, “faz tratamento medicamentoso”, “possui algum familiar com algum outro transtorno psicológico” e “já teve tentativa de suicídio”. Foi realizado o Teste t de *Student*, para verificar as diferenças de médias destes grupos para as escalas EBADEP-A, ESV, EA (os fatores, afetos positivos e afetos negativos foram avaliados separadamente), além de utilizar como variável de correlação também um índice composto por tentativa anterior de suicídio, tratamento medicamentoso para depressão e tratamento psicoterápico para depressão, nomeado de Índice de Psicopatologia, analisando estas diferenças pelos construtos associados às escalas (sintomatologia depressiva, satisfação com a vida, afetos negativos, afetos positivos e Índice de Psicopatologia). A análise estatística dos resultados foi feita por intermédio do Programa Estatístico Jamovi 1.1.9. (Navarro & Foxcroft, 2019).

Para além das correlações, como um diferencial de análise é proposto um modelo de caminhos (*path analysis*) para avaliar e testar diferentes modelos de relação entre as variáveis mensuradas, para compreender o quão os afetos separados (positivos e negativos) e a satisfação de vida predizem a sintomatologia depressiva e também o Índice de Psicopatologia. O ajuste do modelo foi avaliado por meio do teste qui-quadrado e dos índices de ajuste root mean square error of approximation (RMSEA; deve ser $< 0,06$), comparative fit index (CFI; deve ser $> 0,95$) e Tucker-Lewis Index (TLI; deve ser $> 0,95$). As análises foram realizadas por intermédio dos programas IBM SPSS 21, AMOS e Mplus 8.11 (Arbuckle, 2014).

Resultados

De acordo com os dados, 51,5% relataram possuir familiar diagnosticado com depressão por psicólogo ou psiquiatra. Além disso, 11,4% da amostra afirmaram fazer tratamento psicológico para a depressão e 15,6% responderam que faziam tratamento medicamentoso para depressão. Já com relação a outros transtornos mentais, 35,9% da amostra responderam que possuíam familiar com outro transtorno mental. Sobre realizar algum tipo de tratamento para outro transtorno mental, 18% da amostra responderam que fazem e com relação a que tipo de tratamento é feito, 46,9% das pessoas que possuíam

algum outro transtorno mental realizam apenas tratamento psicológico, 34,4% responderam que realizam apenas tratamento medicamentoso e 18,8% fazem ambos os tratamentos. Dos tipos de transtornos mentais, dentro da amostra de indivíduos que possuem outros tipos de transtornos (exceto a depressão, que foi considerada separadamente na pesquisa), 63,6% responderam que possuem diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada (TAG), seguido de 9,1% com diagnóstico prévio de síndrome do pânico. Sobre a tentativa de suicídio, 16,2% indicaram que já tentaram alguma vez.

Foi elaborado um comparativo diante de variáveis com diferenças significativas entre os dois grupos, de pessoas que possuem algum transtorno mental e de pessoas que não possuem nenhum diagnóstico de transtorno mental e diante disso percebe-se que, com relação a algum familiar possuir o diagnóstico de transtorno depressivo, o grupo de pessoas que possuem transtorno mental apresenta uma porcentagem maior de familiar com depressão, sendo 67,5% da amostra. Outro dado relevante deste comparativo é que, de acordo com os resultados, das pessoas que não possuem transtorno mental, nenhuma faz tratamento psicológico e das que possuem, 44,2% da amostra realiza tratamento psicológico. Sobre o tratamento medicamentoso, as pessoas que não possuem diagnóstico de transtorno mental não apresentam o uso de medicamentos e as que possuem, 60,5% da amostra realiza tratamento medicamentoso. Sobre o diagnóstico de outros transtornos psicológicos em familiares, o grupo de pessoas que possuem algum transtorno mental apresenta maior porcentagem de familiar com histórico de transtorno mental, sendo 44,2% da amostra. A variável que avalia a tentativa de suicídio dos indivíduos também indicou que a porcentagem é maior, ou seja, a tentativa de suicídio ocorre mais em pessoas que possuem algum transtorno mental (27,9%) do que em pessoas que não possuem diagnóstico (12,1%).

Para verificar a associação entre os construtos que estão sendo estudados, foi feita uma correlação de *Pearson* entre os três instrumentos, sendo que para a análise dos resultados da EA foi realizado a soma de cada um dos fatores separados, sendo Fator 1= “Afetos positivos” e Fator 2= “Afetos negativos”. Desta maneira, foi possível a compreensão e avaliação dos construtos (sintomatologia depressiva, satisfação de vida e os afetos positivos e afetos negativos). Além disso, também foi feita a associação do

construto Índice de Psicopatologia (IP). Segue abaixo na Tabela I os resultados da correlação.

Tabela I

Coefficiente de correlação de Pearson entre EBADEP-A, ESV, EA-Afetos positivos, e EA-Afetos negativos e Índice de Psicopatologia

	EBADEP-A	ESV	EA-Afetos positivos	EA-Afetos negativos	IP
EBADEP-A	1				
ESV	-0,598***	1			
EA-Afetos positivos	-0,485***	0,424***	1		
EA-Afetos negativos	0,555***	-0,343***	0,036	1	
IP	0,462***	-0,283***	-0,259***	0,274***	1

Nota: ***. A correlação é significativa no nível 0,001.

Siglas: EBADEP-A: Escala Baptista de Depressão – versão adulto breve; ESV: Escala de Satisfação com a Vida; EA – Afetos positivos: Escala de Afetos – fator afetos positivos; EA – Afetos negativos: Escala de Afetos – fator afetos negativos; IP: Índice de Psicopatologia.

Segundo Dancey e Reidy (2006), são denominadas cada faixa de magnitude da correlação de acordo com os intervalos de valores de coeficientes de correlação. Seguindo este critério, os intervalos criados pelos autores para a classificação da magnitude são: de 0,00 a 0,19= bem fraca, de 0,20 a 0,39= fraca, de 0,40 a 0,69= moderada, de 0,70 a 0,89= forte e de 0,90 a 1,00= muito forte.

Como é possível verificar na Tabela I, ocorre uma correlação negativa entre a EBADEP-A e ESV e de magnitude moderada, ou seja, quanto maior a presença de sintomatologia depressiva, menor é a satisfação de vida do indivíduo e vice-versa. O

mesmo acontece, em relação a correlação, na associação do Fator 1 (afetos positivos) da EA com a EBADEP-A, na qual se tem uma correlação negativa e de magnitude moderada.

Na correlação da EBADEP-A com o Fator 2 (afetos negativos) da EA, se obteve uma correlação positiva estatisticamente significativa e de magnitude moderada, sendo que quanto maiores são os sintomas depressivos, maiores também os afetos negativos e vice-versa. Já a correlação da ESV com o Fator 2 (afetos negativos) da EA apresentou uma correlação negativa e de magnitude fraca, no qual quanto maior são os afetos negativos, menor é a satisfação de vida. O oposto ocorreu com a correlação da ESV com o Fator 1 (afetos positivos) da EA, já que se apresenta uma correlação positiva de magnitude moderada. Assim, quanto maior são os afetos positivos, maior é a satisfação de vida do indivíduo ou vice-versa.

Com relação ao Índice de Psicopatologia (IP), houve uma correlação positiva com a EBADEP-A de magnitude moderada e também com o Fator 2 (afetos negativos) de magnitude fraca. Pode-se perceber correlações negativas e estatisticamente significativas do IP tanto com a ESV quanto com o Fator 1 (afetos positivos), ambas de magnitude fraca.

Foi realizado um teste t de *Student*, usando um nível de significância de até 0,05, para verificar a possível diferença entre os grupos de pessoas com e sem transtornos mentais nas variáveis sintomatologia depressiva, satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos. A EBADEP-A apresentou resultados com diferenças entre os grupos estatisticamente significativas, sendo que a média do grupo de pessoas que possuem transtornos mentais é maior ($M=23,7$; $DP=9,03$) do que a média de pessoas que não possuem nenhum transtorno ($M=16,6$; $DP=8,74$), $t(165) = -4,59$, $p < 0,001$, $d = -0,81$. Isto significa que a presença de sintomas depressivos, de acordo com a EBADEP-A, é mais prevalente no grupo de indivíduos que apresentam algum transtorno mental do que no grupo de sujeitos que não apresentam nenhum diagnóstico.

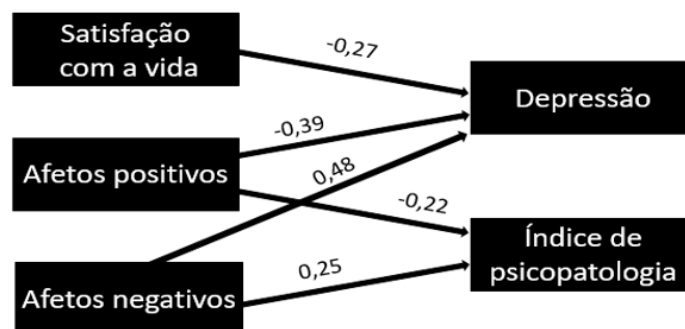
Outro resultado significativo foi na ESV, pois a média do grupo de pessoas que não possuem transtorno mental é maior ($M=23,6$; $DP=6,46$) que a média do grupo de pessoas que possuem ($M=21,0$; $DP=7,21$), $t(165) = 2,20$, $p = 0,029$, $d = 0,39$, demonstrando que a satisfação de vida é percebida como maior no grupo de pessoas que não possuem transtornos mentais do que em pessoas que possuem. A EA e seus fatores

também tiveram resultados estatisticamente significativos, começando pelo fator 1 – afetos positivos, sendo que a média do grupo de pessoas que não apresentam transtorno mental também é maior ($M=32,1$; $DP=7,80$) do que a média do grupo de pessoas que apresentam ($M=28,2$; $DP=9,23$), $t(165) = 2,74$, $p=0,007$, $d= 0,48$. Por fim, o fator 2 – afetos negativos, da EA, também apresentou diferenças significativas entre os grupos. A amostra que apresentou escores mais altos de média foi de pessoas que apresentam algum transtorno mental ($M=30,2$; $DP=8,07$), do que de indivíduos que não apresentam ($M=27,3$; $DP=7,91$), $t(165) = -2,03$, $p=0,044$, $d= -0,36$, isto é, os afetos negativos são mais presentes em pessoas que possuem transtornos.

O modelo de *path analysis* foi testado em uma etapa, por intermédio de um modelo saturado. Nesse caso, foram inseridos todos caminhos de regressão entre os preditores, ou seja, a escala de satisfação com a vida e a escala de afetos com seus fatores separados, sendo afetos positivos e afetos negativos, explicando a sintomatologia depressiva e um agrupamento entre três variáveis, denominado de Índice de Psicopatologia (IP) (tentativa anterior de suicídio, tratamento medicamentoso para depressão e tratamento psicoterápico para depressão), como demonstrado na Figura 1. Em virtude de possíveis desvios da normalidade na distribuição das variáveis, o modelo foi testado com o estimador *maximum likelihood* robusto (MLR) (Marôco, 2010).

Figura 1

Modelo de *path analysis*



Nota. SDVTOT Satisfação com a vida – Escala de Satisfação com a Vida; Afetos positivosFETOSPos – Fator 1 da Escala de Afetos (afetos positivos), Afetos negativosFETOSNeg – Fator 2 da Escala de Afetos

(afetos negativos); DepressãoEBADEPTOT – Escala Baptista de Depressão versão breve; Índice de psicopatologiaINDICEPSICOP – Índice de Psicopatologia (IP).

Foi possível observar através da Figura 1 que os caminhos significativos foram a Satisfação com a vida para a Depressão ($\beta = -0,27$; $p = 0,001$); Afetos positivos para a Depressão ($\beta = -0,39$; $p < 0,001$); Afetos negativos para a Depressão ($\beta = 0,48$; $p < 0,001$); Afetos positivos para o IP ($\beta = -0,22$; $p < 0,005$) e, por fim, Afetos negativos para o IP ($\beta = 0,25$; $p < 0,003$). Lembrando ainda que a predição entre o IP e a sintomatologia depressiva foi de 0,46 ($p < 0,001$). O modelo obteve os seguintes ajustes aos dados, $\chi^2(3) = 12,59$, RMSEA = 0,264, CFI = 0,954; GFI = 0,972. Como se pode observar, a satisfação com a vida e os afetos positivos predisseram negativamente a sintomatologia depressiva. Com relação ao IP também houve uma predição negativa com os afetos positivos, porém com a satisfação com a vida não houve predição. Já os afetos negativos predisseram a sintomatologia depressiva e o IP.

Discussão

O objetivo principal do presente estudo foi compreender a associação entre a sintomatologia depressiva e o bem-estar subjetivo, que foi avaliado de modo separado, sendo a satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos, numa amostra de pessoas que relataram possuir algum transtorno mental e que relataram não possuir. Além disso, outro objetivo foi comparar, através do teste t de *Student*, as diferenças de média dos dois grupos com relação às variáveis: sintomas depressivos, satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos, se apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Por último foi realizada uma *path analysis* para avaliar os caminhos de predição do bem-estar psicológico (satisfação de vida, afetos positivos e negativos) explicando a sintomatologia depressiva e um índice de variáveis relacionadas a tratamentos para a depressão e tentativa anterior de suicídio.

Foi possível perceber que pessoas do grupo que possuem transtornos mentais apresentaram uma média de idade maior do que pessoas que não possuem. A escolaridade da maior parte dos participantes é de ensino superior incompleto, demonstrando ser uma

amostra de pessoas com maior possibilidade de conhecimento e acessibilidade aos estudos. O mesmo acontece quanto a estar trabalhando.

Com relação a variável possuir algum familiar com depressão, uma diferença significativa entre os dois grupos (de pessoas que possuem transtornos mentais ou que não possuem), sendo que pessoas que possuem transtorno apresentam um número maior de familiares com diagnóstico de depressão em comparação das pessoas que não possuem. O mesmo acontece com relação a familiares terem diagnóstico de outros transtornos mentais (além da depressão): os indivíduos que possuem transtornos mentais apresentaram uma porcentagem maior de familiares que apresentam outros transtornos. Freitas-Silva e Ortega (2016) referem-se a uma determinação biológica e ambiental no desenvolvimento de transtornos mentais. Quando o sujeito dispõe familiares, principalmente as progênes com algum transtorno mental, existe uma herança genética que pode facilitar um processo mental patológico. Adicionalmente, quando se convive com estes indivíduos com psicopatologia, seus comportamentos podem influenciar no comportamento da pessoa envolvida, aumentando a probabilidade de também desenvolver um transtorno.

Era esperado que pessoas sem diagnóstico de transtorno não fizessem o uso de medicamentos. Na amostra estudada, isso foi constatado comparando-se as pessoas que realizaram o tratamento medicamentoso (apenas com transtorno) e as pessoas que não realizaram (sem transtorno). Com relação ao tratamento psicológico, também só faziam as pessoas do grupo com transtornos (mesmo sendo possível uma pessoa sem diagnóstico se submeter a psicoterapia). Dos outros tipos de transtornos mentais que as pessoas que participaram da pesquisa responderam, exceto a depressão que foi considerada separada, o transtorno mais prevalente foi o TAG, seguido da síndrome do pânico, que também é um tipo específico de transtorno de ansiedade. Esses dados confirmam o que Frota et al. (2022) relatam em seu estudo, pelo qual referem que dentre todas as classificações de diagnósticos de transtornos de ansiedade, os com maior prevalência atualmente são, respectivamente, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de pânico, agorafobia e fobias específicas.

Com relação a tentativa de suicídio na amostra total, o número de pessoas que já tentaram é baixo, porém ao comparar os dois grupos foi possível verificar que a

porcentagem de indivíduos que tentaram é maior naqueles que apresentam algum transtorno mental. De acordo com Botti et al. (2018), das pessoas que cometem o comportamento suicida, em torno de 90% apresentam um transtorno psiquiátrico e, por isso, segundo o autor, os problemas de saúde mental foram considerados grandes preditores para a tentativa de suicídio, com destaque nos seguintes transtornos: depressão unipolar, transtorno afetivo bipolar, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, e esquizofrenia. Neste sentido, é importante o acompanhamento psicológico e psiquiátrico de pacientes que apresentam quadros psicopatológicos, para que se previna comportamentos que possam prejudicar o indivíduo (e.g., tentativa ou ato suicida).

Sobre a correlação das variáveis, foi possível observar que as hipóteses foram confirmadas, sendo que a maior correlação foi negativa e de magnitude moderada da EBADEP-A com a ESV, ou seja, quanto maior é a sintomatologia depressiva, menor é a satisfação com a vida da pessoa, ou vice-versa. Cacozzi et al. (2017) defendem que a satisfação de vida do indivíduo em níveis elevados pode promover bem-estar e qualidade de vida ao desenvolver saúde física, mental e relacionamentos sociais saudáveis. Por outro lado, a ausência da satisfação de vida pode desequilibrar o sujeito em diversos âmbitos da sua vida, podendo facilitar o desenvolvimento de sintomas negativos diante dos eventos, baixo limiar de controle sobre si e a presença de sintomas depressivos.

Outra correlação com magnitude moderada, mas positiva, foi entre a EBADEP-A e os afetos negativos da EA. Isto quer dizer que, quanto maior os afetos negativos, maior é a sintomatologia depressiva, ou quanto maior os sintomas depressivos, maior são os afetos negativos. Já com relação à associação dos afetos positivos da EA com a EBADEP-A, apresentou-se uma correlação negativa de magnitude moderada, ou seja, quanto maior são os afetos positivos do sujeito, menor são os sintomas depressivos ou quanto maior são os sintomas depressivos, menor são os afetos positivos. Zanon et al (2013) escrevem que quanto mais a pessoa vivencia afetos negativos, menos satisfeita com a vida ela é e mais próxima ela está de desconfortos psicológicos e instabilidade emocional, tornando-a mais suscetível a desenvolver transtornos mentais, especialmente a depressão.

Na correlação entre os afetos negativos da EA com a ESV, foi possível constatar uma correlação negativa de magnitude fraca, isto é, quanto maior são os afetos negativos, menor é a satisfação com a vida do indivíduo, ou quanto maior a satisfação com a vida

da pessoa, menor são os afetos negativos. Noronha et al. (2015) afirmam que quanto maior é o polo dos afetos negativos vivenciados pelo indivíduo, ou seja, quanto mais o mesmo compreende a vida e suas vivências através de afetos negativos, mais ele tende a ser insatisfeito com a sua vida, pois os afetos negativos estão relacionados ao desgosto, medo, angústia, culpa e outros sentimentos que desfavorecem a satisfação de vida do sujeito. Outra associação feita foi entre a EA e a ESV, porém com o fator dos afetos positivos, que apresentou uma correção positiva e de magnitude moderada, o que quer dizer que quanto maior os afetos positivos, maior é a satisfação com a vida da pessoa ou quanto maior a satisfação com a vida, maior o nível de afetos positivos. Os afetos positivos indicam que o indivíduo experimenta frequentemente emoções como esperança, alegria, felicidade, confiança, engajamento, virtudes que facilitam no desenvolvimento de qualidades positivas como força, entusiasmo e caráter. Estas emoções e qualidades positivas aproximam a pessoa da realização pessoal e conseqüentemente, de uma vida mais saudável e satisfatória (Medeiros, 2020).

Nas correlações relacionadas ao Índice de Psicopatologia (IP), foi possível identificar que houveram correlações positivas com a EBADEP-A de magnitude moderada e com o fator dos afetos negativos de magnitude fraca, o que significa que quanto maior os afetos negativos e a sintomatologia depressiva, maior é o Índice de Psicopatologia. Pode-se perceber o inverso quando se trata da correlação dos construtos positivos, da ESV e do fator dos afetos positivos, ou seja, quanto maior for a satisfação com a vida do sujeito e os afetos positivos, menor é o Índice de Psicopatologia, sendo associações de magnitude fraca. Segundo Minayo et al. (2019), os principais fatores de risco para um indivíduo apresentar comportamentos suicidas são problemas psiquiátricos e psicológicos, essencialmente relacionados à baixo nível de bem-estar, insatisfação com a vida e ausência de tratamento farmacológico e acompanhamento psicoterapêutico para transtornos mentais. Diante disso, os autores afirmam que a satisfação com a vida, o autocuidado, o investimento na autonomia e um estilo de vida mais otimista podem funcionar como fatores protetivos ao adoecimento psíquico e aos comportamentos suicidas.

Sobre as diferenças de média entre os dois grupos, analisadas através do teste t de *Student*, todas foram estatisticamente significativas e é possível observar que as variáveis

positivas, como a satisfação com a vida da ESV e os afetos positivos da EA, são mais presentes, ou seja, as médias são maiores, no grupo das pessoas que não possuem transtornos mentais. Já com relação às variáveis negativas, como sintomatologia depressiva da EBADEP-A e afetos negativos da EA, as médias são prevalentes no grupo de pessoas que possuem algum transtorno. Desta maneira, confirma-se o que Cacozzi (2017) e Ferreira et al (2017) encontraram, a respeito de que a satisfação com a vida e o bem-estar estão relacionados positivamente a saúde mental, ou seja, pessoas que são satisfeitas com a vida e apresentam mais afetos positivos são pessoas que não sofrem com algum tipo de transtorno mental. Diferentemente de pessoas que possuem algum transtorno mental, que já apresentam, associadamente, uma insatisfação com a vida e afetos mais negativos, que podem desencadear sintomas depressivos.

Com relação a *path analysis*, de acordo com Patias et al (2017) e Noronha et al (2015) as hipóteses também se comprovam, sendo que a satisfação com a vida e os afetos positivos predisseram negativamente a sintomatologia depressiva e no caso dos afetos negativos indicou-se uma relação com a sintomatologia depressiva e o IP. Com relação ao IP houve uma predição negativa com os afetos positivos, porém não houve predição com a satisfação com a vida. Mesmo que tenha ocorrido uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a satisfação com a vida e o IP, no modelo da *path analysis* não foi preditivo essa relação, provavelmente isto possa ser explicado pela baixa correlação entre as variáveis, não ocorrendo a predição, quando da existência de três variáveis dependentes no modelo, provavelmente perdendo a força preditiva, o que não ocorreu com a SV e depressão, em que a correlação observada foi maior. Esperava-se que, tanto a satisfação com a vida quanto os afetos positivos, que são aspectos saudáveis, tivessem uma associação negativa com os sintomas depressivos, assim como também se previa que houvesse uma relação entre os afetos negativos, os sintomas depressivos e os IPs, que são aspectos negativos. Segundo Pires et al. (2015), quanto mais o indivíduo apresenta bem-estar subjetivo, mais ele tende a apresentar saúde mental ou quanto menos ele apresenta bem-estar subjetivo, mais ele tende a adoecer mentalmente, podendo acarretar em sintomas negativos recorrentes, transtornos psicológicos e em casos mais graves, o comportamento suicida, incluindo ideação suicida e tentativa de suicídio.

Portanto, pode-se afirmar que todas as hipóteses foram confirmadas, mesmo que parcialmente, sendo que o bem-estar subjetivo se associou negativamente à sintomatologia depressiva e, os afetos ao índice de psicopatologia, Também é importante ressaltar que os níveis de sintomas depressivos e de afetos negativos são mais presentes no grupo de pessoas que possuem algum transtorno mental e o nível de satisfação com a vida e de afetos positivos é maior na amostra de pessoas que não possuem transtornos mentais.

Por fim, houveram algumas limitações nesta pesquisa, sendo que seria realizada presencialmente no CAPS II e no Hospital-dia, mas não foi possível por conta das medidas de emergência decorrentes da pandemia da COVID-19. A maneira virtual dificultou a seleção de um maior número de pessoas com diagnóstico de transtornos mentais. Outra limitação foi não avaliar os tipos de transtornos e quais tem maior associação com a sintomatologia depressiva e quais apresentam maior associação com o bem-estar subjetivo. Parece um aspecto relevante para uma próxima pesquisa ser desenvolvida.

Considerações finais

É possível concluir que os objetivos da presente pesquisa foram atingidos e que a associação mais forte foi de uma correlação negativa e entre a satisfação com a vida e os sintomas depressivos: quando um indivíduo apresenta sintomatologia depressiva, menor é a presença de satisfação com a vida do mesmo e vice-versa. O mesmo acontece com os afetos positivos: quanto mais a pessoa possui bem-estar subjetivo, menos ela apresenta sintomas de depressão e afetos negativos. Também foi possível perceber que os sintomas depressivos e os afetos negativos são mais prevalentes no grupo de pessoas que apresentam diagnóstico de algum transtorno mental e que a satisfação com a vida e os afetos positivos são mais presentes em pessoas que não possuem transtornos mentais.

Além disso, também constatou-se a existência de uma associação entre os IPs com pessoas que apresentam diagnóstico de algum transtorno mental. Esses IPs são o histórico familiar de transtornos mentais (tanto de depressão quanto de outros transtornos), a tentativa de suicídio e o tratamento medicamentoso/psicológico. Esses fatores também se

associaram positivamente, através do *path analysis*, com os sintomas depressivos e afetos negativos, confirmando ainda mais que uma pessoa que apresenta um quadro de transtorno mental possui uma tendência maior a possuir sintomas negativos (Tavares, 2017).

Tendo em vista os aspectos observados, foi possível analisar a associação entre os construtos trabalhados, sendo: sintomatologia depressiva e bem-estar subjetivo (incluindo a satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos). A satisfação com a vida e os afetos positivos predisseram negativamente a sintomatologia depressiva, assim como os afetos apresentaram uma predição com o IP.

Referências

- Albuquerque, F. J. B., Sousa, F. M., & Martins, C. R. (2010). Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. *Revista Psico*, 41(1), 85-92. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5110/5220>
- American Psychiatric Association. DSM-V (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Arbuckle, James L. (2014). *Amos (Version 23.0)*. Chicago: IBM SPSS.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala baptista de depressão versão Adulto - EBADEP-A*. São Paulo: Vetor.
- Botti, N. C. L., Silva, A. C., Pereira, C. C. M., Cantão, L., Castro, R. A. S., Araújo, L. M. C., Assunção, J. E., & Silva, B. F. (2018). Tentativa de suicídio entre pessoas com transtornos mentais e comportamentais. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 12(5), 1289-1295. doi: 10.5205/1981-8963-v12i5a230596p1289-1295-2018
- Cacozzi, A. (2017). *O bem-estar subjetivo de indivíduos com transtorno depressivo identificados na população geral*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Santos. Recuperado de <http://biblioteca.unisantos.br:8181/bitstream/tede/3781/2/Aline%20Cacozzi.pdf>
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para windows*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal Pers Assess*, 49(1), 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13

- Ferreira, T. D. G., Vedana, K. G. G., Magrini, D. F., & Zanetti, A. C. G. (2017). O enfrentamento do transtorno depressivo maior na perspectiva de pacientes. *Saúde e Transformação Social*, 8(2), 70-76. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/download/3675/4986>
- Freitas-Silva, L. R., & Ortega, F. (2016). A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(8), 1-11. doi: 10.1590/0102-311X00168115
- Frota, I. J., Fé, A. A. C. M, Paula, F. T. M., Moura, V. E. G. S., & Campos, E. M. (2022). Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. *Journal of Health & Biological Sciences (Online)*, 10(1), 1-8. doi: 10.12662/2317-3206jhbs.v10i1.3971.p1-8.2022
- Giacomoni, C. H., & Hutz, C. S. (1997). A mensuração do bem-estar subjetivo: Escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida. Em Sociedade Interamericana de Psicologia (Org.). *Anais XXVI Congresso Interamericano de Psicologia* (p. 313). São Paulo: SIP.
- Gonçalves, A. P., Baptista, M. N., Villemor-Amaral, A. E., & Carvalho, L. F. (2021). Diagnosis Accuracy of Baptista Depression Scale: Adult and Screening Versions. *Psicologia: Teoria e Pesquisa (Brasília. Online)*, 37, 1-15. doi: 10.1590/0102.3772e37449
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Andrade, E., & Carneiro, M. B. (2005). Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(4), 298-305. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/279194945_Medindo_a_satisfacao_com_a_vida_dos_medicos_no_Brasil
- Hutz, C. S. (Org.) (2014). *Avaliação em Psicologia Positiva: Técnicas e Medidas*. Porto Alegre: Artmed.
- Lessa, J. P. A. (2018). Medidas de avaliação do bem-estar subjetivo: Um levantamento de instrumentos disponibilizados para uso no contexto brasileiro. *Revista Especialize On-line IPOG*, 16(1), 1-17. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/329969153_Medidas_de_avaliacao_do_Bem-estar_Subjetivo_Um_levantamento_de_instrumentos_disponibilizados_para_uso_no_contexto_brasileiro
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais*. Lisboa: Report Number.
- Medeiros, E. S. (2020). *Bem-estar subjetivo sob a perspectiva da psicologia evolucionista e da psicologia positiva*. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Recuperado de https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/29466/1/Bemestarsubjetivo_Medeiros_2020.pdf

- Minayo, M. C. S., Figueiredo, A. E. B., & Mangas, R. M. N. (2019). Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em Instituições de Longa Permanência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1393-1404. doi: 10.1590/1413-81232018244.01422019
- Ministério da Saúde (2019). *Depressão: Causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção*. São Paulo. Recuperado de <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>
- Navarro, D. J. & Foxcroft, D. R. (2019). *Learning statistics with jamovi: A tutorial for psychology students and other beginners*. (Version 0.70). doi: 10.24384/hgc3-7p15
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: Psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125–134. doi: 10.1007/BF01536648
- Noronha, A. P. P., Martins, D. F., Campos, R. R. F., & Mansão, C. S. M. (2015). Relações entre afetos positivos e negativos e os cinco fatores de personalidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(2), 92-101. doi: 10.5935/1678-4669.20150011
- Patias, N. D., Heine, J. A., & Dell’aglio, D. D. (2017). Bem-estar subjetivo, violência e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 16(4), 468-477. doi: 10.15689/ap.2017.1604.13012
- Pires, M. C. C., Raposo, M. C. F., Sougey, E. B., Bastos Filho, O. C., Silva, T. S., & Passos, M. P. (2015). Risk indicators for attempted suicide for poisoning: a study case-control. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(3), 193-199. doi: 10.1590/0047-20850000000078
- Reuse, J. A., Menezes, R. R., & Siqueira, T. D. A. (2017). A visão da psicologia positiva sobre o bem-estar subjetivo no desempenho de atividades físicas no esporte competitivo. *Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*, 8(3), 48-58. Recuperado de <http://www.periodicos.ufam.edu.br/BIUS/article/view/4190/3517>
- Silveira, J. Z. M. (2020). *Bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico: avaliação e intervenção em profissionais da segurança pública*. Tese (doutorado), Universidade São Francisco, Campinas, São Paulo. Recuperado de <https://www.usf.edu.br/galeria/getImage/427/1281830251784755.pdf>
- Tavares, L. M. (2017). *Transtornos mentais comuns e bem-estar subjetivo em estudantes de medicina: uma intervenção preventiva baseada na psicologia positiva*. Tese (doutorado), Universidade Federal de Pernambuco. Recuperado de <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/26477/1/TESE%20Leonardo%20Machado%20Tavares.pdf>
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063

Zanon, C., Bastianello, M. R., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF, 18*(2), 193-202. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/psuf/v18n2/v18n2a03.pdf>