



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

Leonardo Machado Tavares

**Felicidade, *flow* e estilos de defesa
nos médicos psiquiatras**

**Recife
2015**

Leonardo Machado Tavares

**Felicidade, *flow* e estilos de defesa
nos médicos psiquiatras**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e ciências do comportamento da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador:

Prof. Dr. Amaury Cantilino

Co-orientadores:

Dr. Hermano Tavares

Profa. Dra. Kátia Petribú

**Recife
2015**

Leonardo Machado Tavares

"Felicidade, *flow* e estilos de defesa nos médicos psiquiatras"

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Aprovado em: 02/03/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Rosana Christine Cavalcanti Ximenes
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Hermano Tavares
(Examinador Externo)
Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo
Universidade de São Paulo

À minha filha Beatriz de Carvalho Machado que nasceu em meio a este mestrado aumentando a felicidade de meu lar, com o desejo de que estes estudos possam contribuir para os futuros passos que dará na vida.

Beatriz, aquela que traz felicidade!

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Amaury Cantilino pelas excelentes orientações iniciadas mesmo antes deste mestrado, quando eu era residente de psiquiatria e ele, meu preceptor.

Ao Dr. Hermano Tavares pela abertura e pela disponibilidade demonstradas desde o nosso contato inicial por e-mail, quando um artigo de sua autoria a respeito da felicidade despertou meu interesse pelo tema, bem como pelas ótimas sugestões que enriqueceram a presente pesquisa.

À Dra. Kátia Petribu pela ajuda na coleta de dados, pelas sugestões oferecidas e pela introdução ao universo de pesquisa quando eu ainda era estudante de medicina da Universidade de Pernambuco e ela, orientadora de minha monitoria em psiquiatria.

À Dra. Renata Ferraz pelos contatos que mantivemos a partir de seu artigo sobre a temática. Por meio destes contatos, tive várias sugestões e o despertar do interesse sobre o estudo da felicidade.

À Associação Brasileira de Psiquiatria, nas pessoas do presidente Dr. Antônio Geraldo da Silva e da secretária do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, a senhora Mônica, pela abertura no referido congresso para coleta dos dados.

Aos residentes de psiquiatria do Hospital das Clínicas, bem como aos alunos de medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que me ajudaram na coleta de dados da pesquisa.

A todos os colegas psiquiatras que me ajudaram coletando e/ou respondendo os questionários da pesquisa, especialmente Dr. Antonio Peregrino e Dra. Milena França.

Ao Dr. João Alberto Carvalho e à Dra. Mabel Cavalcanti, psiquiatras e psicanalistas, pela leitura desta dissertação e pelas excelentes orientações oferecidas.

Aos professores do programa de pós-graduação de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE, que contribuíram para a ampliação dos conhecimentos científicos da pesquisa.

À senhora Inês do comitê de ética em pesquisa da UFPE pelo empenho em me ajudar na submissão da pesquisa ao referido órgão.

A minha amada esposa Liliane Moreno de Carvalho Machado, pela companhia e pelo estímulo para realizar este mestrado.

Aos meus pais, João Marcelo Lopes Tavares e Maria Inês Feijó Machado Tavares, por tudo que fizeram ao longo de minha vida e, sobretudo, pelo suporte que têm me dado durante o mestrado e o nascimento de minha primeira filha.

Ao meu irmão Rodrigo Machado Tavares, pelas orientações científicas inclusive na conclusão desta dissertação e pelas traduções dos artigos que nasceram dela, e ao meu irmão Gustavo Machado Tavares.

Ao Criador, cuja certeza nutre meus passos todos os dias.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ASSIST	Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test
CE	Competência emocional
DSQ-40	Defense style questionnaire
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, IV - Revisada
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, 5ª edição
DHS	Depression-Happiness Scale
EBES	Escala de bem-estar subjetivo
HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
OMS	Organização Mundial de Saúde
OHI	Oxford Happiness Inventory
PRP	Penn Resiliency Program
PANAS-X	Positive and Negative affect schedule-expanded form
SHS	Subjective Happiness Scale
SWLS	Satisfaction with life scale
QI	Quociente de inteligência
QV	Qualidade de vida
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VIA-IS	Values in Action Inventory of Strengths
XXXII CBP	XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. ter filho, ter boa qualidade do sono e ter bom interesse para iniciar ato sexual se relacionou positivamente com índices de felicidade51

Gráfico 2. maiores escores nos estilos defensivos do tipo humor, antecipação e idealização se relacionaram positivamente a maiores índices na escala de felicidade, enquanto maiores escores nos estilos defensivos do tipo anulação e *acting out* se relacionaram negativamente com os escores de felicidade52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos médicos psiquiatras que participaram do estudo	41
Tabela 2. Outras características sociodemográficos dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.....	42
Tabela 3. História de consumo de substâncias psicoativas, características do sono e desempenho sexual dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.....	43
Tabela 4. Descritiva da escala geral de felicidade e modelo de <i>Flow</i> dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.....	44
Tabela 5. Descritiva da escala DSQ-40.....	45
Tabela 6. Associação de características sociodemográficas com o escore de felicidade dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.....	46
Tabela 7. Associação de outras características sociodemográficas com o escore de felicidade dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.....	47
Tabela 8. Associação entre escores de felicidade e características relacionadas à história de consumo de substâncias psicoativas na vida, às características do sono e ao quociente sexual dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.....	48
Tabela 9. Correlações da escala geral de felicidade e a escala DSQ-40.....	49
Tabela 10. Associação entre as atividades que levam ao <i>Flow</i> e os escores DSQ-40, renda e idade.....	50
Tabela 11. Regressão linear múltipla da relação entre escala geral de felicidade e os possíveis fatores explicativos.....	51

RESUMO

MACHADO, L. Felicidade, *flow* e estilos de defesa nos médicos psiquiatras[Dissertação]. Recife: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2015.

INTRODUÇÃO: Felicidade pode ser definida como um estado duradouro e combinado de ausência de emoções negativas, presença de emoções positivas, satisfação com a vida, engajamento social e sentido de vida. A felicidade dos médicos psiquiatras é pouco conhecida, embora se saiba que eles estão em maior risco de síndrome de *burnout*. O mesmo acontece com o estudo da felicidade dentro da psiquiatria e da psicologia médica. **OBJETIVOS:** Avaliar a felicidade em uma amostra de médicos psiquiatras que trabalham no Brasil, os estilos de defesa que eles usam com maior intensidade e a experiência de *flow*, verificando as correlações existentes entre esses três parâmetros. **MÉTODOS:** Estudo do tipo transversal com caráter quantitativo. Os dados foram coletados por meio de quatro instrumentos autoaplicáveis em 104 médicos psiquiatras brasileiros que participaram do XXXII CBP de 2014. A amostra de psiquiatras foi construída de modo não probabilístico. Foram utilizados quatro instrumentos diferentes: instrumento elaborado pelos pesquisadores com os dados sociodemográficos; subjective happiness scale (SHS); variáveis baseadas no conceito de *flow*; e defense style questionnaire (DSQ-40). Foram apresentadas as estatísticas descritivas das variáveis. Foi testada a hipótese de normalidade por meio do teste de Komogorov-Smirnov. A SHS teve distribuição normal. O teste para comparação das médias foi o t de student quando a comparação eram entre duas médias, e a ANOVA quando a comparação foi com mais de duas médias, com a aplicação do Bonferroni como post-hoc. A correlação de Pearson foi calculada quando a variável explicativa era quantitativa. Para a análise multivariada, foi aplicada uma regressão linear múltipla, com modelagem do tipo stepwise, forward. **RESULTADOS:** Os psiquiatras estudados se sentem felizes (escore 5,69 de um total de 7), utilizam mais intensamente estilos defensivos considerados maduros (média 5,39), sobretudo humor (média 6,51) e antecipação (média 6,44), e a grande maioria tem atividades que levam ao estado de *flow* (89,3%). Ter filhos, utilizar estilos defensivos do tipo humor, antecipação ou idealização se relacionou a maiores escores de felicidade. Ter qualidade do sono ruim/muito ruim, ter interesse para iniciar o (homens) ou participar do (mulheres) ato sexual apenas a metade das vezes ou menos da metade ou utilizar estilos defensivos do tipo anulação ou *acting out* mostrou relação com menos níveis de felicidade. Neste estudo, como a maior parte dos psiquiatras têm atividades que levam à sensação de *flow*, não houve relação entre felicidade e este parâmetro. **CONCLUSÃO:** A população de psiquiatras estudada apresenta bom escore de felicidade, utilizando mais intensamente estilos de defesa considerados maduros, sobretudo humor e antecipação, e a grande maioria tem atividades que levam à experiência de *flow*.

Descritores: Felicidade; Mecanismos de defesa; Psicologia médica; *Flow*; Bem-estar subjetivo.

ABSTRACT

MACHADO, L. Happiness, flow and defense style in psychiatrists [Dissertation]. Recife: Health Sciences Center, Federal University of Pernambuco; 2015.

INTRODUCTION: Happiness can be defined as a lasting and combined state of absence of negative emotions, presence of positive emotions, life satisfaction, social engagement and sense of life. The happiness of psychiatrists is little known, although they have higher risk of burnout syndrome. The same happens with the study of happiness within psychiatry and medical psychology. **OBJECTIVES:** To measure happiness in a sample of Brazilian psychiatrists correlating it with the defense style used by them, with flow experience and sociodemographic data. **METHODS:** Cross-sectional study with quantitative character. The collected data were by self-administered instruments in 104 Brazilian psychiatrists and attended the XXXII CBP 2014. The sample was constructed of non-probabilistic manner. Four different instruments were used: instrument developed by researchers with the sociodemographic data; SHS; variables based on the concept of flow; and DSQ-40. The descriptive statistics of the variables were presented. We tested the hypothesis of normality by the Komogorov-Smirnov test. The SHS was normal distribution. The test for comparison of means was t student when the comparison was between two means, and the ANOVA when the comparison was with more than two means, the application of Bonferroni as post-hoc. The Pearson correlation was calculated when the explanatory variable was quantitative. For the multivariate analysis, a multiple linear regression was applied to modeling stepwise, forward. **RESULTS:** The psychiatrists evaluated feel happy (score 5.69 out of a total of 7), use more intensely defense style considered mature (average 5,39), especially mood (average 6,51) and anticipation (average 6,44), and most have activities that lead to the flow experience (89,3%). Have children, use defense style type mood, anticipation or idealization relates to greater happiness scores. Having poor/very poor quality of sleep, be of interest to start (men) or join (women) sexual act only half the time or less than half or defense style type cancellation or acting out was related to fewer levels of happiness. In this study, how the most of psychiatrists have activities that lead to the sensation of flow, there was no relationship between this parameter and happiness. **CONCLUSION:** The population of psychiatrists studied has good happiness score. They use more intensely defensive styles considered mature, especially mood and anticipation, and the vast majority have activities that lead to flow experience.

Keywords: Happiness; Defense Mechanisms; Psychology, Medical; Flow; Subjective well-being.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	03
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	06
2.1	FELICIDADE	06
2.1.1	conceito	06
2.1.2	felicidade hedônica e eudaimonia	06
2.1.3	emoções positivas e negativas	07
2.1.4	biologia da felicidade.....	08
2.1.5	psicologia da felicidade.....	10
2.1.6	sociodemografia da felicidade.....	13
2.1.7	saúde, saúde mental e felicidade.....	16
2.1.8	psicologia positiva.....	18
2.1.9	escalas de felicidade.....	18
2.2	IMPLICAÇÕES PARA A PSIQUIATRIA.....	19
2.3	FLOW.....	22
2.4	MECANISMOS DE DEFESA DO EGO E ESTILOS DE DEFESA.....	24
2.5	PSICOLOGIA MÉDICA.....	30
2.5.1	conceitos.....	30
2.5.2	saúde da categoria médica.....	31
2.5.3	felicidade da categoria médica.....	32
3	HIPÓTESES.....	33
4	OBJETIVOS.....	34
4.1	OBJETIVO GERAL.....	34
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34

5	MÉTODOS.....	35
5.1	- DELINEAMENTO.....	35
5.2	- PERÍODO DE COLETA DE DADOS.....	35
5.3	- POPULAÇÃO-REFERENCIADA E AMOSTRA.....	35
5.4	- INSTRUMENTOS.....	35
5.4.1	- questionário sociodemográfico.....	36
5.4.2	- subjective happiness scale	36
5.4.3	- defense style questionnaire.....	37
5.4.4	- flow.....	37
5.5	- ANÁLISE DE DADOS.....	38
5.6	- PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	38
5.7	- ASPECTOS ÉTICOS	39
6	RESULTADOS.....	40
6.1	- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	40
6.2	- FELICIDADE E FLOW.....	43
6.3	- ESTILOS DE DEFESA	44
6.4	- RELAÇÕES ENTRE FELICIDADE E AS DEMAIS VARIÁVEIS.....	45
6.4.1	- análises bivariadas.....	55
6.4.2	- análise multivariada.....	50
7	DISCUSSÃO.....	53
8	CONCLUSÃO.....	59
	REFERÊNCIAS.....	60
	APÊNDICES.....	74
	ANEXOS.....	79

1 INTRODUÇÃO

A felicidade é um objetivo fundamental da existência humana (FOWLER; CHRISTAKIS, 2008). Para muitos, incluindo Aristóteles, todos os outros comportamentos humanos teriam como escopo final atingi-la (ALLMARK, 2005; ARISTÓTELES, 2009). Entretanto, Sêneca escreveu que não é fácil alcançar a felicidade, pois é difícil descobrir o que torna a vida feliz, e muitas vezes quanto mais ela é procurada, mais dela se afasta (SÊNECA, 2009). Neste sentido, Sócrates expôs para Fedro que a contemplação da verdade seria a nutrição da alma e a filosofia a ferramenta para consegui-la (PLATÃO, 2011). Na realidade, a filosofia foi a primeira ciência a dissecar a temática da felicidade. Somente na última metade do século passado é que surgiram estudos empíricos sobre o tema, deslocando-o também para as ciências da saúde (VEENHOVEN, 1991; TAY; KUYKENDALL, 2013;) e fazendo com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) acrescentasse a felicidade como um componente do conceito de saúde (FOWLER; CHRISTAKIS, 2008; WHO, 2001; CLONINGER; ZOHAR, 2011). A maior parte desses estudos são da psicologia (KARLSSON; LYTTKENS; NILSSON, 2010) e da economia (GRAHAM, 2008).

Assim, para promover saúde integral é importante entender também o funcionamento do indivíduo saudável e como as emoções positivas podem contribuir neste processo. Neste sentido, é preciso ampliar o foco do tratamento e, como propôs Seligman, entender que tratar não é só consertar o que está quebrado (*broken*), mas também nutrir o que há de melhor no ser humano (BEKHET; ZAUSZNIEWSKI; NAKHLA, 2008; KOBAU et al., 2011). Sem dúvida, o atual modelo médico da psiquiatria focado no diagnóstico e no tratamento dos transtornos mentais tem ajudado muitas pessoas. Contudo, avançar em direção da saúde será benéfico para todos, inclusive para aqueles com diagnósticos psiquiátricos (CLONINGER, 2006) e o estudo do bem-estar subjetivo pode contribuir para isso.

Ressalte-se que médicos estão mais propensos a sofrer adoecimento relacionado ao trabalho do que outros profissionais, e esta realidade é internacionalmente reconhecida (COHEN; MARFELL; GREENE, 2014; PECKHAM, 2015). Especificamente psiquiatras e outros profissionais da saúde mental estão em particular risco de diminuição da satisfação com a vida e de apresentar síndrome de *burnout* (BARUCH et al., 2013). Esse risco, porém, não

parece estar ligado exclusivamente à profissão, pois já se observou que um dos grandes preditores de adoecimento nos médicos são algumas características de personalidade presentes ainda na época da graduação, como maiores índices de neuroticismo e menores níveis de extroversão (SILVA, 2013). No entanto, outras características de personalidade, como as classificadas dentro do aspecto de autodirecionamento (pessoas que são responsáveis, com propósitos e criativas diante das dificuldades), já foram identificadas como fortemente associadas à felicidade (CLONINGER; ZOHAR, 2011). Por outro lado, estilos de defesa descrevem a maneira pela qual o indivíduo lida com os conflitos e, assim, são importantes componentes da personalidade uma vez que participam dos padrões comportamentais de cada um (BLAYA et al., 2004; SILVA, 2013). Assim, estudar os estilos de defesa parece trazer implicações positivas para o entendimento do bem-estar subjetivo. Adicionalmente, vários estudos também já mostraram associação positiva entre felicidade e a experiência de *flow*, uma condição na qual as ações e a consciência são congruentes, e a energia psíquica flui sem esforço (CSIKSZENTMIHALYI, 1990).

Diante de tudo isso, muitas pesquisas têm surgido com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos médicos e dos estudantes de medicina e não só o adoecimento (FIEDLER, 2008; CALUMBI et al., 2010; GUILHERME; ALVES, 2010; INTENSIVISTAS; NEONATALES, 2010; SOUZA et al., 2010; TEMPSKI et al., 2012; SILVA, 2013). Poucos, no entanto, têm estudado a felicidade em si nesta população (FARZIANPOUR et al., 2011) e menos ainda a felicidade entre os psiquiatras (BARUCH et al., 2013). Contudo, apesar desses poucos estudos, considerar a felicidade dentro da medicina, e especificamente na psiquiatria, parece ser importante porque pessoas e comunidades mais felizes tendem a ser mais saudáveis e a relação inversa também é verdadeira (SUBRAMANIAN; KIM; KAWACHI, 2005; CLONINGER, 2006). Além disso, estudar a felicidade dentro da psicologia médica pode trazer implicações positivas, uma vez que o adoecimento psíquico nos profissionais de saúde mental traz consequências negativas para os próprios pacientes com transtornos mentais (NURIA; ATTILIO; MARCELA, 2011; BARUCH et al., 2013).

Nesta perspectiva, esta pesquisa tem como objetivos avaliar o sentimento de felicidade em uma parcela de médicos psiquiatras Brasileiros, os estilos de defesa que

eles utilizam mais intensamente e a presença de atividades que levam à experiência de *flow*. Por lidarem mais diretamente com o sofrimento mental imposto pelos transtornos psiquiátricos, a sensação de felicidade é especialmente importante para essa categoria médica. Neste sentido, por lidarem com pessoas enfrentando grandes sofrimentos psíquicos, acreditamos que os psiquiatras tendem a utilizar mais intensamente estilos defensivos como forma de melhor lidar com a dor inerente à própria prática psiquiátrica e de aumentar o bem-estar subjetivo. Igualmente, atividades que produzem sensação de *flow* também ajudariam estes profissionais a manejarem melhor as próprias angústias.

Para atingir esses objetivos, no entanto, iniciamos esta dissertação realizando uma revisão crítica da literatura sobre os seguintes pontos:

- A visão da felicidade dentro da psicologia positiva e das ciências da saúde
- As relações encontradas pelos estudos empíricos entre felicidade e saúde
- O conceito de *flow*
- Os mecanismos de defesa do ego e os estilos de defesa
- A psicologia médica

Para os dois primeiros tópicos, utilizamos as bases de dados *Pubmed* e *Scielo* com os descritores "Happiness and Health" selecionando os artigos que tinham os termos no título e/ou abstract e que tinham sido publicados entre 2004 e 2014. Em geral, foram encontrados trabalhos da psicologia positiva, das ciências da saúde, da economia e das neurociências. Trouxemos as informações mais relevantes na construção dessa linha de pesquisa relativamente nova que é o estudo da felicidade no cenário das ciências da saúde. Além disto, foi feita busca ativa de artigos e autores citados nos trabalhos encontrados. Para os três últimos tópicos, fizemos busca ativa de livros e artigos da psicologia positiva, da psicanálise e da psicologia médica.

Dessa forma, esta dissertação poderá contribuir para a psicologia médica e para a psiquiatria na medida em que traz ao campo de análise dessas disciplinas o estudo da felicidade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - FELICIDADE

Para entender a importância da temática felicidade dentro da área de saúde, faz-se imperioso traçar um histórico da construção deste conceito, tomando como base a literatura produzida pelos campos que vêm estudando essa relação mais detidamente na atualidade: a psicologia positiva, as neurociências e a economia.

2.1.1 - Conceito

Na perspectiva da saúde mental, felicidade pode ser definida como um estado duradouro e combinado de ausência de emoções negativas, presença de emoções positivas, satisfação com a vida, engajamento social e sentido de vida (ALLEN; CARLSON; HAM, 2007; FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007; BEKHET; ZAUSZNIEWSKI; NAKHLA, 2008; CLONINGER; ZOHAR, 2011). Outro termo muito empregado como sinônimo na literatura é bem-estar subjetivo (BEKHET; ZAUSZNIEWSKI; NAKHLA, 2008; CLONINGER; ZOHAR, 2011; TAY; KUYKENDALL, 2013). Já qualidade de vida (QV) seria um termo mais abrangente que englobaria em si o sentimento de felicidade (BEKHET; ZAUSZNIEWSKI; NAKHLA, 2008).

2.1.2 - Felicidade hedônica e eudaimonia

Na literatura científica, frequentemente, são abordados dois tipos de felicidade: bem-estar psicológico e bem-estar hedônico. O termo bem-estar psicológico, "eudaimonia" ou riqueza psicológica tem sido usado para se referir a uma combinação de forças de caráter envolvendo facetas de auto-direcionamento (autonomia, propósito de vida, domínio ambiental e auto-aceitação), cooperativismo (relações positivas com os outros) e auto-transcendência (crescimento pessoal e auto-realização) (BARAK; ACHIRON, 2009; CLONINGER; ZOHAR, 2011). Por outro lado, o bem-estar hedônico está ligado ao que torna a vida prazerosa, à satisfação com

a vida, à presença de afetos positivos e à ausência de afetos negativos (RYFF; SINGER; DIENBERG LOVE, 2004). Pode-se dizer, assim, que o bem-estar psicológico está ligado à realização pessoal das próprias potencialidades, enquanto que o bem-estar hedônico está ligado à experiência de satisfação.

Embora sejam duas formas diferentes de experimentar a felicidade, esses dois tipos de felicidade estão altamente relacionados (RYFF; SINGER; DIENBERG LOVE, 2004; BARAK; ACHIRON, 2009; CLONINGER; ZOHAR, 2011). No entanto, do ponto de vista histórico, eles têm origens diferentes. Aristóteles postulava que todo ser humano detinha capacidades singulares, chamadas de "daimon" e que deveriam ser reconhecidas e desenvolvidas (ARISTÓTELES, 2009). Semelhante ideia pode ser encontrada no conceito de auto-atualização de Maslow, de individuação de Jung e da teoria da coerência existencial de Antonovsky, e essas contribuições estão ligadas ao conceito de "eudaimonia" (RYFF; SINGER; DIENBERG LOVE, 2004; VENTEGODT et al., 2005). Por sua vez, Epicuro daria as bases para a posterior construção do hedonismo (RYFF; SINGER; DIENBERG LOVE, 2004).

2.1.3 - Emoções positivas e negativas

Além desses dois tipos de felicidade, é importante diferenciar dois tipos de emoções ou afetos que estão ligados ao entendimento da felicidade: afetos positivos e afetos negativos. Essas emoções são variáveis independentes, podendo não se encontrar em oposição (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007). Pode-se, assim, possuir emoções positivas e negativas ao mesmo tempo, bem como adentrar em um estado neutro. Além disso, emoções positivas e negativas parecem ter determinantes, consequências e correlações diferentes (KOBAN et al., 2011), e é a frequência de afetos positivos e não a intensidade deles que está ligada à felicidade (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007; KOBAN et al., 2011). Emoções negativas como medo e raiva são reconhecidamente benéficas, pois ajudam a assegurar a sobrevivência e a segurança. Entretanto, esses benefícios seriam mais a curto prazo. Por outro lado, a Teoria "Broaden and Build" pondera que as emoções positivas ampliam a cognição e os comportamentos propiciando recursos intelectuais, sociais e

físicos para um funcionamento ótimo. Desta forma, os afetos positivos trariam benefícios a longo prazo fazendo com que o indivíduo continue se desenvolvendo (KOBAN et al., 2011).

2.1.4 - Biologia da felicidade

Visando entender a ligação complexa entre fatores psicológicos e alterações biológicas, tem sido estudado os efeitos de afetos negativos na saúde. É do conhecimento que estresse, depressão e ansiedade geram alteração no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, com conseqüente aumento de cortisol, estimulação simpática e elevação de marcadores pró-inflamatórios. Como conseqüência, se esses estímulos negativos forem mantidos, aumenta-se a chance de se ter doenças cardiovasculares, câncer e infecções (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005; BARAK, 2006).

No entanto, apenas recentemente cresceu o interesse científico de verificar se emoções positivas também poderiam induzir alterações biológicas. Alguns estudos mostram que os dois tipos de felicidade ("eudaimonia" e bem-estar hedônico) podem gerar alterações biológicas ao promoverem emoções positivas (STEPTOE et al., 2012), mas grande parte das pesquisas já demonstrou que somente a eudaimonia está estatisticamente relacionada a alterações biológicas (RYFF; SINGER; DIENBERG LOVE, 2004; BARAK, 2006; BARAK; ACHIRON, 2009). Em geral, os achados nos sistemas neuroendócrino, imune e cardiovascular são o inverso do encontrado nas emoções negativas, ou seja, há um efeito benéfico e protetor (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005; BARAK; ACHIRON, 2009). Entretanto, de fato, pesquisas já apontaram que, embora os dois tipos de bem-estar tenham correlações afetivas similares, o bem-estar hedônico apresenta aumento da expressão de genes pró-inflamatórios, enquanto a eudaimonia está associada com o *down-regulation* desses genes (FREDRICKSON et al., 2013).

Outro ponto que parece ser relevante na demonstração das implicações biológicas diferentes desses dois tipos de felicidade são as áreas cerebrais que elas envolvem. Isto porque, mesmo sendo cedo para se afirmar que a ciência já descobriu uma completa neurociência da felicidade, parece evidente que as circuitarias cerebrais

dos dois tipos de felicidade, embora possuam muitas conexões entre si, envolvem áreas cerebrais diferentes (BERRIDGE; KRINGELBACH, 2011).

Primeiramente, emoções positivas podem anular mais rapidamente os efeitos adversos da reação corporal de estresse e, assim, retornar o corpo a um estado de equilíbrio (KOBAU et al., 2011). É possivelmente interessante observar como esta característica biológica das emoções positivas se assemelha ao fato de muitas pessoas relatarem que se sentem bem, mesmo passando por momentos de sofrimento, quando estes são interpretados como tendo um propósito ou um sentido (CLONINGER; ZOHAR, 2011). Talvez este sentido seja uma tentativa psíquica de manter um equilíbrio emocional.

Em segundo lugar, maiores níveis de "eudaimonia" estão relacionados a níveis mais baixos de cortisol salivar e de citocinas pró-inflamatórias; a menor risco cardiovascular; e a maior duração do sono REM (RYFF; SINGER; DIENBERG LOVE, 2004; STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005); a maiores níveis de imunoglobulina A (BARAK, 2006); e a valores de colesterol HDL mais elevados (BARAK; ACHIRON, 2009) quando comparados a indivíduos com baixos níveis deste aspecto da felicidade. Mas existem diferenças entre homens e mulheres. Por exemplo, marcadores inflamatórios como proteína-C reativa e fibrinogênio estão mais reduzidos em mulheres felizes do que em homens felizes (STEPTOE et al., 2012).

Essas alterações já foram achadas independentemente da presença de emoções negativas, demonstrando que o efeito da felicidade no corpo é direto, independentemente da ausência de afetos negativos (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005). Por outro lado, da mesma forma que tabagismo e poucas atividades físicas de lazer são encontrados em indivíduos que passam por estresse, deprimidos e ansiosos e esses comportamentos contribuem para maiores taxas de doenças e de alterações biológicas negativas; parte dos achados biológicos positivos encontrados nos indivíduos felizes também se deve ao fato de estes terem mais hábitos saudáveis e estilo de vida mais prudente (STEPTOE; WARDLE; MARMOT, 2005).

Outro ponto importante é que estudos com gêmeos monozigóticos separados e criados em ambientes distintos já demonstraram que a felicidade tem um componente

genético de 35-50% em humanos (KOBAN et al., 2011; CHEN et al., 2013; RIETVELD; CESARINI, 2013; TAY; KUYKENDALL, 2013). Um estudo demonstrou que o alelo longo da região promotora do gene 5-HTT (5-HTTLPR longo) poderia estar associado ao otimismo. O gene 5-HTT codifica transportadores de serotonina e este tipo de polimorfismo na região promotora é chamado de polimorfismo funcional. Mais tarde, De Neve (2011) encontrou que indivíduos satisfeitos ou muito satisfeitos com a vida têm um percentual maior deste genótipo (5-HTTLPR longo em homozigose) em comparação com pessoas insatisfeitas com a vida, e este achado teve significância estatística (DE NEVE, 2011). Vale salientar, contudo, que posteriormente o mesmo autor tentou replicar os achados em amostras independentes e encontrou resultados mistos, ponderando assim que futuros estudos seriam necessários para entender melhor essa relação genética (DE NEVE et al., 2012). Por outro lado, curiosamente, o alelo curto de 5-HTTLPR está ligado a comportamento suicida, sobretudo em populações não caucasianas (SCHILD et al., 2014). Mais recentemente, outras pesquisas surgiram. Por exemplo, Chen et al. (2013) descobriram que em mulheres a baixa expressão do gene MAO se relaciona estatisticamente com maiores níveis de felicidade. Esse achado, porém, não foi encontrado nos homens (CHEN et al., 2013). A seu turno, Matsunaga et al (2014) verificaram que o gene dos receptores canabinoides 1 dos homens está intimamente relacionado aos dois tipos de felicidade (MATSUNAGA et al., 2014).

É preciso ponderar que muitos desses achados têm algumas limitações, como amostras pequenas, ou estudos transversais ou análises bivariadas. Mesmo assim, são promissores e já nos apontam vários caminhos.

2.1.5 - Psicologia da felicidade

Se 35-50% da felicidade dependem da influência genética, pelo menos 30-40% são representados pela variabilidade, demonstrando que o ambiente e os acontecimentos da vida também têm larga influência sobre o bem-estar subjetivo. Entretanto, essa influência varia de evento para evento e as interpretações pessoais podem ser a chave para entender a ligação entre eventos da vida e bem-estar subjetivo (TAY; KUYKENDALL, 2013). Neste sentido, dentre as várias implicações que o

estudo da personalidade pode trazer como o entendimento do adoecimento (TAVARES, 2011), está também o estudo da felicidade (CLONINGER; ZOHAR, 2011). Isto porque personalidade traduz os padrões duráveis de cognição, emoção, motivação e comportamento (SCHESTATSKY, 2012) que determinam a forma única que cada indivíduo interage com outros indivíduos e com o ambiente (TAVARES; FERRAZ, 2011), e, embora a personalidade seja relativamente estável ao longo da vida, ela também é dinâmica a determinadas conjunturas, estando em constante desenvolvimento (DALGALARRONDO, 2008). Em outras palavras, personalidade é o jeito característico de ser, experimentar e reagir frente a si mesmo e ao mundo (SCHESTATSKY, 2012).

Pois bem, dentro desse conceito amplo de personalidade, figuram dois domínios importantes: temperamento e caráter (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993). Temperamento está ligado a fatores genéticos ou constitucionais precoces (DALGALARRONDO, 2008), sendo considerado o núcleo emocional da personalidade que tende a gerar respostas automáticas (SCHESTATSKY, 2012). A seu turno, caráter reflete o temperamento moldado pelo meio ambiente familiar e sociocultural (DALGALARRONDO, 2008), sendo visto como o núcleo conceitual da personalidade que a partir de conceitos autoconscientes influenciam intenções e atitudes voluntárias (SCHESTATSKY, 2012). Na atualidade, um dos mais importantes estudiosos da personalidade é o psiquiatra Robert Cloninger (DALGALARRONDO, 2008; TAVARES; FERRAZ, 2011; TAVARES, 2011; SCHESTATSKY, 2012). Segundo o modelo que ele propôs (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993), o temperamento seria uma dimensão inata composta por outras quatro dimensões:

- Evitação de danos: predomínio de afetos negativos como pessimismo e medo, comportamento tímido, e associada à serotonina e ao GABA.
- Persistência: predomínio de afetos positivos, comportamento produtivo, e associado à serotonina e ao glutamato.
- Dependência de gratificação: predomínio de afetos positivos, comportamento de apego social e franqueza, e associado à norepinefrina.
- Busca de novidade: predomínio de impulsividade, comportamento exploratório, e associado à dopamina.

Enquanto o caráter seria uma dimensão modelada pelo desenvolvimento e composta por outras três dimensões:

- Autodirecionamento: traduz a capacidade de solucionar conflitos internos.
- Cooperatividade: engloba a capacidade de ser empático e a habilidade de ser conciliador.
- Autotranscendência: corresponde à visão de si mesmo como parte integrante de uma realidade ampliada não alcançada pela apreensão sensorial.

Esse modelo vem sendo usado com sucesso em várias pesquisas (MELEGARI et al., 2014), sobretudo as que tentaram associar traços de personalidade com transtornos psiquiátricos (WOO et al., 2014). O próprio autor, no entanto, aplicou esse modelo no estudo da felicidade e percebeu que caráter tem um forte impacto na percepção de todos os aspectos da saúde, incluindo bem-estar físico, social e emocional; enquanto traços de temperamento só guardam uma relação fraca. Por exemplo, autodirecionamento é medido pelos níveis de responsabilidade, de engenhosidade e de capacidade em encontrar sentidos, e tem uma forte ligação com todos os aspectos da saúde. Variações no autodirecionamento explicam por si só cerca de 32% das variações no adoecimento e cerca de 45% das variações na felicidade (CLONINGER; ZOHAR, 2011). Pensando em uma abordagem de saúde, esse resultado é por si só promissor uma vez que caráter é mais conscientemente modificável e temperamento tem determinação genética maior.

De fato, a forma como se vê a vida pode prever resultados na saúde. Por exemplo, pessimistas precisam visitar quatro vezes mais médicos em um ano do que otimistas (ALLEN; CARLSON; HAM, 2007). De modo semelhante, a ligação entre sucesso e felicidade não é apenas porque o sucesso deixa as pessoas felizes, mas também porque emoções positivas engendram sucesso (LYUBOMIRSKY; KING; DIENER, 2005). Sendo assim, um dos conceitos que pode explicar essas relações é a competência emocional (CE), também conhecida como inteligência emocional. Refere-se à forma como o indivíduo lida com as informações emocionais intrapessoal e interpessoal. Alta CE está associada também com maior felicidade, além de melhores saúdes mental e física, maior sucesso profissional e maior satisfação nos relacionamentos social e conjugal (BRASSEUR et al., 2013).

Por outro lado, há alguns anos, Fowler e Christakis (2008) se utilizaram do estudo de Framingham para tentar responder a seguinte questão: a felicidade dos outros pode influenciar a felicidade pessoal? Tomaram como base o fato de que estados emocionais podem ser transferidos interpessoalmente por meio de mimetismo, certamente por cópia de ações corporais emocionalmente relevantes, sobretudo expressões faciais, e concluíram positivamente. Assim, disseram que a felicidade pode ser vista também como um fenômeno de rede, sugerindo que aglomerados de felicidade resultam da disseminação da felicidade e não somente pela tendência das pessoas se associarem a indivíduos semelhantes (FOWLER; CHRISTAKIS, 2008; CHRISTAKIS; FOWLER, 2013). Embora esta teoria do contágio social tenha sido replicada também em transtornos como depressão, um estudo envolvendo colegas de quarto na faculdade encontrou achados diversos, argumentando que a felicidade e os transtornos mentais têm um baixo contágio social (EISENBERG et al., 2013). Possivelmente, a última palavra sobre o tema ainda não foi dada, mas, sem dúvida, trata-se de uma área instigante.

2.1.6 - Sociodemografia da felicidade

Vários fatores associados à felicidade já foram estudados. Abaixo elencamos alguns que aparecem em estudos mais recentes e não tão relatados em outros artigos de revisão sobre felicidade.

Fator econômico

O primeiro economista moderno a estudar a felicidade encontrou um paradoxo (Paradoxo de Easterlin): países mais ricos (como grupo) são mais felizes do que países mais pobres (como grupo), entretanto essa diferença não fica tão clara entre países ricos e países da América Latina onde existem maiores diferenças sociais. Mesmo dentro dos países pobres, a relação entre dinheiro e felicidade não é linear. Na realidade, privação e pobreza estão menos associadas a felicidade (MITCHELL et al., 2013), contudo, depois de atingido um nível de atendimento das necessidades básicas, outros fatores como aumento de aspirações e preocupações em relação ao próprio patrimônio entram em cena (SMITH et al., 2005; GRAHAM, 2008). De fato, apesar das mudanças econômicas, os níveis de felicidade permaneceram relativamente

estáveis em países como Irlanda e Estados Unidos (ALLEN; CARLSON; HAM, 2007; DOHERTY; KELLY, 2013); e um estudo relacionando aposentadoria e bem-estar, evidenciou que o ganho monetário aumentava o bem-estar financeiro, porém os benefícios da aposentadoria na saúde e no bem-estar subjetivo e social eram transitórios (SCHATZ et al., 2012). Outro fator de ligação entre questões econômicas e felicidade parece ser a desigualdade social, pois indivíduos que vivem em áreas de muita desigualdade social tendem a se reportar como infelizes e não saudáveis (OSHIO; KOBAYASHI, 2010). Do ponto de vista individual, porém, pessoas que são remuneradas por hora tendem a ser mais felizes (DEVOE; PFEFFER, 2009). Além disto, trabalhadores informais tendem a relatar altos níveis de felicidade relacionada à própria atividade profissional (DIAZ; GUEVARA; LIZANA, 2008). Outro fator que pode explicar essa falta de linearidade encontrada em questões econômicas e níveis de bem-estar subjetivo é que as pessoas felizes tendem a concentrar seus ideais mais em objetivos sociais e morais do que somente na conquista monetária (VEENHOVEN, 1991).

Idade

Com o passar da idade, a felicidade tende a diminuir do ponto de vista populacional (BJØRNSKOV, 2008; LEHMANN et al., 2013). Entretanto, do ponto de vista individual pessoas centenárias que têm altos níveis de satisfação com a própria vida no passado tendem a apresentar na velhice melhores avaliações pessoais em relação à saúde, à segurança econômica e à felicidade (BISHOP et al., 2010). Há, portanto, uma relação de proteção entre felicidade e o declínio físico que acontece na velhice (COLLINS; GOLDMAN; RODRÍGUEZ, 2008; BERTI et al., 2012). Por outro lado, nesta faixa etária, contentamento com os filhos e com a saúde da família está associado a maior nível de felicidade (LLOBET et al., 2011). Além disto, felicidade está relacionada a maior longevidade, independe de questões genéticas e ambientais familiares (SADLER et al., 2011). Por último, outro dado no mínimo curioso foi obtido a partir de um estudo longitudinal que verificou a associação positiva entre consumo de chocolate, otimismo, melhor saúde e maior bem-estar psicológico (STRANDBERG et al., 2008).

Relações interpessoais

Pessoas que vivem em grupos minoritários tendem a reportar menos felicidade do que indivíduos que pertencem a grupos majoritários (VEENHOVEN, 1991). Por exemplo, depois do trágico episódio acontecido em 11 de setembro de 2001 nos Estados Unidos, os árabes americanos reportaram maior percepção de abuso e de discriminação e essa percepção foi relacionada a maiores níveis de estresse psicológico, piores índices de saúde e menor sensação de felicidade (PADELA; HEISLER, 2010).

Por outro lado, pessoas casadas tendem a ter melhor saúde e a ser mais felizes do que pessoas não casadas. Essa relação foi achada em vários países, em diversos parâmetros de saúde e tanto em homens, quanto em mulheres (PROULX; SNYDER-RIVAS, 2013). Essa associação, no entanto, tende a ir além do estado civil, ou seja a qualidade do matrimônio também exerce grande influência nessa associação (CHAN et al., 2011; LAM et al., 2012; PROULX; SNYDER-RIVAS, 2013). Existe também uma relação positiva entre felicidade e satisfação sexual nas mulheres e nos homens, embora essa relação seja mais forte entre as mulheres (ROSEN; BACHMANN, 2008b).

Religiosidade e voluntariado

Já está bem estabelecido que pessoas que se identificam como religiosas tendem a relatar melhor saúde e mais felicidade, independente da filiação religiosa, das atividades religiosas desempenhadas, do trabalho, da família, do apoio social ou da situação financeira (GREEN; ELLIOTT, 2010). Os estudos realizados que chegaram nessas conclusões foram em sua maioria feitos na população ocidental. No entanto, pesquisas com estudantes que tinham religião islâmica (ABDEL-KHALEK, 2010; SAHRAIAN et al., 2013) e com estudantes de nacionalidade egípcia (ABDEL-KHALEK, 2011) também encontraram relação positiva entre vinculação religiosa e felicidade. Vista como uma dimensão humana por muitos estudiosos, esses aspectos tendem a ser cada vez mais levados em consideração no tratamento e no desenvolvimento das pessoas (CLONINGER, 2006; VAYALILKAROTTU, 2012), sobretudo tendo em vista que o seres humanos são seres religiosos, já que gastam mais tempo rezando do que tendo relações sexuais (CLONINGER, 2006).

Outro aspecto relacionado é a questão do trabalho voluntário e do altruísmo. Pessoas que se envolvem em trabalhos voluntários e comportamentos altruísticos tendem a ser mais saudáveis, viver mais, e a serem mais felizes (POST, 2005; BORGONOVI, 2008; VAN CAMPEN; DE BOER; IEDEMA, 2013). Contudo, quando este tipo de atividade sobrecarrega demais, por exemplo ocupando mais do que 11 horas por semana, os níveis de felicidade tendem a diminuir (POST, 2005; VAN CAMPEN; DE BOER; IEDEMA, 2013).

Nível educacional, esportes e lazer

Classicamente, era conhecida a relação positiva entre níveis educacionais e de quociente de inteligência (QI) e níveis de saúde. Mais recentemente, porém, encontrou-se também relação positiva entre níveis educacionais e de QI com os índices de felicidade (GRAHAM, 2008; JUDGE; ILIES; DIMOTAKIS, 2010; ALI et al., 2013).

Outros fatores também estudados nos últimos anos é tempo de atividade física de lazer que, além dos benefícios no nível de bem-estar subjetivo a curto prazo, também mostrou ser benéfico a longo prazo (WANG et al., 2012). Além disto, envolvimento com esportes parece ter uma relação causal com maiores níveis de felicidade (RUSESKI et al., 2014).

Por fim, vale lembrar a teoria psicológica do "set point" da felicidade segundo a qual as pessoas têm um nível basal de felicidade para o qual tendem a retornar ao longo do tempo, mesmo depois de grandes eventos como ganhar na loteria ou divórcio. Contudo, um dos eventos que tendem a ter maior impacto negativo na felicidade e que as pessoas tendem a não se adaptar é o desemprego (GRAHAM, 2008).

2.1.7 - Saúde, saúde mental e felicidade

Felicidade e saúde estão intimamente relacionadas tanto individualmente quanto coletivamente, tanto que já foi visto que pessoas e comunidades mais felizes tendem a ser mais saudáveis e a relação inversa também é verdadeira (SUBRAMANIAN; KIM; KAWACHI, 2005). Esses dados também foram achados

em adolescentes (MAHON; YARCHESKI; YARCHESKI, 2005), jovens (AZEVEDO et al., 2007; PIQUERAS et al., 2011) e em idosos (ANGNER et al., 2009). Entretanto, em idosos um estudo encontrou que saúde predizia bem-estar subjetivo, mas o inverso não foi verdadeiro (GANA et al., 2013), talvez porque nessa população outros fatores relacionados anteriormente no item sociodemografia da felicidade entram em cena. Como exemplos, pode-se citar que nações mais felizes tendem a apresentar níveis menores de pressão arterial sistêmica (BLANCHFLOWER; OSWALD, 2008); que um estudo sobre doença arterial coronariana (DAC), descobriu que homens mais otimistas tinham um menor risco de desenvolver DAC (ALLEN; CARLSON; HAM, 2007); e que pessoas mais felizes têm melhor recuperação quando estão doentes (COOPER et al., 2011).

Igualmente, já é bem evidenciado o fato de doenças crônicas estarem associadas a impactos negativos em vários aspectos da qualidade de vida, incluindo felicidade, e elevarem a chance de depressão (WIKMAN; WARDLE; STEPTOE, 2011). No entanto, diferentes doenças crônicas parecem trazer impactos diferentes no bem-estar subjetivo (WIKMAN; WARDLE; STEPTOE, 2011). Em idosos, por exemplo, as doenças físicas que mais impuseram diminuição na felicidade foram dores incapacitantes e incontinência urinária, certamente por perturbarem o funcionamento diário e estarem associadas a estigmas sociais (ANGNER et al., 2009).

Por outro lado, transtornos mentais em geral e especificamente depressão, abuso de álcool e de drogas (BINDER; COAD, 2013) e ansiedade (BINDER; COAD, 2013; GRAHAM; HIGUERA; LORA, 2011) afetam mais negativamente a felicidade do que doenças físicas. Do mesmo modo, existe uma relação inversa entre suicídio e índices de bem-estar subjetivo (SCHILD et al., 2014), e de igual maneira entre presença de transtornos mentais e felicidade (BRAY; GUNNELL, 2006). Por isto mesmo, já foi proposto que índices de felicidade podem também ser usados como marcadores da população com transtornos mentais (BRAY; GUNNELL, 2006). Neste sentido, a capacidade de exercer controle adaptativo sobre as emoções negativas está associada a resultados benéficos na saúde mental (KANG; GRUBER, 2013). Entretanto, variações muito grandes ou muito pequenas em emoções positivas estão associadas a pior saúde mental, sobretudo depressão e transtornos de ansiedade, a menor satisfação com a vida e mais infelicidade (GRUBER et al., 2013). Talvez esta

questão do controle emocional também possa explicar essa associação entre transtornos mentais e infelicidade, além da maior presença de emoções negativas que os transtornos mentais causam.

2.1.8 - Psicologia positiva

Nos últimos anos, concomitantemente ao acúmulo dessas informações empíricas sobre a felicidade, surgiu a psicologia positiva (BARAK; ACHIRON, 2009). Segundo Seligman (2011), essa nova área da psicologia estuda o que é "direito" ("right") no ser humano, como seus atributos positivos, suas características psicológicas ativas e seus pontos fortes, uma vez que promover saúde mental deve passar pela promoção dos recursos psicológicos, melhorando a qualidade de vida e evitando transtornos mentais (SNYDER; LOPEZ, 2009a ; KOBAYASHI et al., 2011), sobretudo os transtornos que têm uma carga ambiental mais forte.

Na realidade, embora o estudo da felicidade dentro da saúde não seja patrimônio exclusivo da psicologia positiva, atualmente, essa é a principal área que vem estudando as relações entre bem-estar subjetivo e saúde. Deste modo, as contribuições que esse campo da psicologia vem dando podem e devem ser incorporadas pela clínica psiquiátrica, bem como pela medicina em geral (HERSHBERGER, 2005; CLONINGER, 2006).

2.1.9 - Escalas de felicidade

Uma das primeiras preocupações de quem se depara com o estudo da felicidade é como mensurá-la nos moldes científicos. Pondera-se que esta é uma variável muito subjetiva e de difícil avaliação. De fato, a felicidade é um estado extremamente subjetivo, assim como o conceito de *flow* a ela associado. Os estudos científicos sobre ela, porém, não se baseiam em parâmetros arbitrários e normatizadores do que seria felicidade. Na realidade, fala-se em bem-estar subjetivo, ou seja, independente do conceito que o indivíduo tenha sobre o que é felicidade, verifica-se como ele se sente em relação a isto. Certamente, é neste aspecto o ponto de partida que diferencia o estudo científico da felicidade dos demais ramos do

conhecimento que igualmente a abordam. Além disto, a psiquiatria desde o seu início precisou tentar objetivar o subjetivo para construir o diagnóstico clínico e, posteriormente, quando adentrou profundamente pelas pesquisas científicas, necessitou mensurar o subjetivo (SONENREICH; ESTEVÃO, 2007). Assim, pelo êxito que vem conseguindo, já demonstrou através de outras variáveis como isso é possível.

Desta forma, na atualidade, existem várias escalas que mensuram a felicidade como a Subjective happiness scale (SHS), ou Escala geral de felicidade, a Escala de bem-estar subjetivo (EBES), a Satisfaction with Life Scale (SWLS), a Oxford Happiness Inventory (OHI), a Positive and Negative affect schedule-expanded forma (PANAS-X) e a Depression-Happiness Scale (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007; SCORSOLINI-COMIN; DOS SANTOS, 2010; PUREZA; HELENA; KUHN, 2012). A SHS, por exemplo, apresenta consistência interna elevada (alpha de cronbach entre 0,85 e 0,95 em diferentes estudos), boa confiabilidade teste-reteste (entre 0,71 e 0,90) e boa correlação com a avaliação de informantes ($r = 0,65$) (LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999; FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

2.2 - IMPLICAÇÕES PARA A PSIQUIATRIA

Diante de tudo que foi exposto, uma questão deve ser levantada: é possível e é desejado promover felicidade? As evidências tendem a dizer que sim. Felicidade não cura as doenças, porém faz com que as pessoas adoçam menos e o tamanho desse efeito parece ser comparável ao ato de fumar ou não (VEENHOVEN, 2007). Na saúde mental, em particular, o estudo dos fatores que levam à felicidade pode ser particularmente benéfico na subpopulação de maior risco de desenvolver transtornos mentais (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007). De fato, intervenções da psicologia positiva já foram estudadas com sucesso em transtornos depressivos (LAYOUS et al., 2011). Investimentos em abordagens que aumentem o bem-estar subjetivo podem, inclusive, ser mais baratas para as políticas públicas. Por exemplo, um estudo que comparou indenizações monetárias versus psicoterapia em causas de compensações jurídicas evidenciou que abordagens psicológicas podem ter um custo-benefício até 32 vezes maior do que indenizações financeiras, sendo mais efetiva na

promoção da saúde e da felicidade nesta população (BOYCE; WOOD, 2010). O entendimento do que promove felicidade nas pessoas pode ser útil também para os próprios profissionais da saúde mental, já que estes estão sob risco de diminuição da satisfação com a vida e de síndrome de *burnout* (BARUCH et al., 2013) e que esse fato pode trazer consequências para os pacientes psiquiátricos, já que altos níveis de estresse nesses profissionais predizem problemas terapêuticos em geral (NURIA; ATTILIO; MARCELA, 2011; BARUCH et al., 2013).

Neste sentido, Seligman (2012) propôs o conceito "flourish" (florescer) elencando cinco características (*PERMA*) que são encontradas em pessoas felizes e que devem ser promovidas para aumentar os níveis de bem-estar subjetivo: 1) alimentar emoções positivas (*positive emotions - P*); 2) estar engajado (*engagement - E*); 3) ter relacionamentos saudáveis (*relationships - R*); 4) encontrar sentido de vida (*meaning - M*); 5) se sentir realizado (*achievement - A*) (CROOM, 2012; WINTON, 2011). O investimento em cada uma destas áreas promove as outras e ajuda a promover felicidade.

Além de aumentar felicidade, alimentar emoções positivas, como gratidão, gentileza, perseverança, otimismo e criatividade, contribui para o aumento da resiliência, tampona estresse psicológico e promove saúde mental. Desta forma, existem programas como o Penn Resiliency Program (PRP) desenvolvidos para esta finalidade e que já foram implementados com sucesso nos Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Portugal e China. Nesse programa os participantes aprendem a adotar estilos explicativos mais otimistas detectando pensamentos imprecisos, desafiando crenças negativas e considerando interpretações alternativas. Além disso, uma força tarefa composta por vários profissionais da psicologia positiva desenvolveu um inventário para ajudar as pessoas a identificarem suas forças de caráter chamado Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS). Apesar da limitação de ser um instrumento baseado apenas no auto-relato, já se demonstrou que a simples aplicação individual desse instrumento é terapêutico por si só, trazendo resultados positivos. O VIA-IS e o PRP existem para adultos e crianças. Há também um instrumento utilizado para instituições que se alinha à psicologia positiva chamado Appreciative Inquiry. Neste os grupos são levados a mudar o foco dos problemas para a observação

dos pontos fortes existentes nas pessoas do grupo, promovendo assim um ponto inicial de mudanças positivas (KOBAN et al., 2011).

Nesta revisão crítica da literatura a respeito das relações existentes entre felicidade e saúde, buscou-se evidenciar as informações mais relevantes para a psiquiatria. Foram trazidos dados que também estavam sendo estudados em pesquisas mais recentes e não só os achados de estudos clássicos. Os dados são numerosos. Apesar disto, percebe-se que muitos estudos na temática felicidade são transversais, e isso, apesar das amostras grandes, impossibilita a robustez de algumas conclusões causais encontradas em outros estudos longitudinais. Além disto, as escalas de mensuração trazem as limitações impostas pelos auto-relato. De certo modo, já encontramos esta dificuldade na psiquiatria em si, bem como em mensurações médicas mais subjetivas como a dor, entretanto, a própria natureza do objeto de estudo (felicidade e emoções positivas relacionadas) talvez seja mais complexa do que os sintomas dos transtornos psiquiátricos, o que nos pode levar a alguns vieses difíceis de serem contornados. Outro ponto de limitação parece residir nas próprias intervenções psicoterápicas. Embora já existam propostas bem estabelecidas dentro da psicologia positiva (algumas foram relatadas neste artigo), bem como uma interessante psicoeducação proposta por Cloninger (CLONINGER, 2006), o avanço na ampliação das abordagens clínicas nos parece ser necessária. Além disto, a maior parte das intervenções terapêuticas propostas até aqui se enquadram mais em uma abordagem psicoeducacional. Certamente, parte destas limitações se deve ao fato de o interesse das ciências da saúde sobre este tema ser relativamente recente. Além disto, é uma área que, pelo menos a princípio, está mais vinculada à formulação de abordagens de psicoterapia e não a novos psicofármacos. Assim, não tende a estimular tantos investimentos.

Como seja, estudar a felicidade em uma perspectiva científica e perceber as implicações que ela traz para a saúde, além de fascinante, é promissor. Sobretudo se pensarmos que nossos índices médicos de boa saúde nem sempre são acompanhados pela percepção do paciente ou da sociedade de estarem saudáveis ou felizes. Isto aconteceu, por exemplo, com a população de Matsigenka na Amazônia Peruana. Em 30 anos, os índices de saúde melhoraram bastante, porém a população no mesmo período de tempo reportava a si mesma como mais doente e mais infeliz

(IZQUIERDO, 2005). Talvez por motivo semelhante a psiquiatria não tenha conseguido aumentar o bem-estar subjetivo na população em geral, apesar dos grandes avanços farmacológicos e dos novos manuais de psicoterapia - o foco tem ficado quase que exclusivamente no patológico (CLONINGER, 2006).

Certamente, o objetivo imediato da medicina em geral e da psiquiatria especificamente é aliviar o sofrimento. Para isto, as técnicas diagnósticas, psicofarmacológicas e psicoterápicas são fundamentais. No entanto, a médio e a longo prazo, por exemplo em pacientes que estão assintomáticos ou nos vários níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), identificar o que torna a vida feliz é exercer o outro papel médico de promover saúde (TESSIER; LELORAIN; BONNAUD-ANTIGNAC, 2012), sobretudo saúde mental nos parâmetros da OMS - um estado de bem-estar em que as pessoas podem perceber e utilizar as suas próprias habilidades, lidar com as tensões da vida, do trabalho e do amor, e podem contribuir para suas comunidades (CLONINGER; ZOHAR, 2011). Isso, inclusive, pode contribuir para a diminuição do estigma em relação à psiquiatria e aos pacientes (CLONINGER, 2006).

2.3 - FLOW

Literalmente, a palavra *flow* significa fluxo, mas não existe uma tradução que traduza perfeitamente o que a palavra representa (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007). De qualquer forma, para a compreensão desse conceito é importante entender o estado oposto ao *flow*, bem como a maneira pela qual ele foi deduzido.

De várias maneiras e em muitas situações, informações entram em conflito com os desejos existentes na consciência ou a distraem negativamente. Dá-se a essas informações muitos nomes como medo, raiva, ciúme e ansiedade. Cada um desses sentimentos e emoções desviam a atenção para objetos indesejáveis e, muitas vezes, cerceiam a liberdade mental. A energia psíquica se torna difícil e ineficaz. A esta situação de turbulência se dá o nome de entropia psíquica (CSIKSZENTMIHALYI, 1990).

O estado oposto a essa condição de entropia psíquica é se ter um estado de experiência ótima. Nessa condição, a informação que continua vindo para a consciência flui sem esforço. Não há necessidade de se preocupar, nem há razão para questionamentos. Existe na verdade um feedback positivo e, assim, mais atenção é liberada para lidar com o meio externo e o ambiente interno. Esse estado recebeu o nome de *flow* (CSIKSZENTMIHALYI, 1990). *Flow*, portanto, é um estado mental relacionado no qual o indivíduo está completamente imerso e concentrado no que está fazendo, sendo bem-sucedido na atividade e vindo daí um grande prazer (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007). Dentre outras características, quando se está em *flow* a concentração é intensa e focada no que se está fazendo naquele momento; existe uma fusão entre ação e consciência; há uma distorção da experiência temporal; e existe uma sensação de que a atividade é prazerosa em si mesma independente dos objetivos que ela possa trazer¹ (NAKAMURA; CSIKSZENTMIHALYI, 2002). Esse estado de *flow*, quando alimentado, parte de uma sensação momentânea de ausência de conflito intrapsíquico e de atenção máxima para um estado relativamente duradouro de sensação de bem-estar e de foco na vida.

O primeiro *insight* sobre esse conceito surgiu em torno de 1960 a partir do estudo do processo criativo. Csikszentmihalyi percebeu que, quando a pintura estava indo bem, o artista insistia única e exclusivamente nela, desconsiderando fome, fadiga e desconforto. Contudo, tão logo ela tinha sido concluída, o pintor rapidamente perdia o interesse na criação artística. Daí, então, a partir de pesquisas qualitativas sobre a natureza da experiência quando as atividades iam bem, chegou-se ao conceito de *flow*. Com o tempo, percebeu-se que esse estado de *flow* está associado a maiores níveis de felicidade (NAKAMURA; CSIKSZENTMIHALYI, 2002). Atualmente, estudos tentam apontar algumas atividades que teriam maior chance de levar a esse estado mental, como por exemplo a música (CROOM, 2012), e tentam estimular a experiência de *flow* em ambientes escolares e profissionais (SNYDER; LOPEZ, 2009b).

¹ São as chamadas atividades autotélicas que trazem prazer em si mesmas.

2.4 - MECANISMOS DE DEFESA DO EGO E ESTILOS DE DEFESA

Mecanismo de defesa do ego é um conceito psicanalítico que indica a maneira pela qual a pessoa lida com os conflitos e é considerado uma importante dimensão da personalidade do indivíduo (SILVA, 2013). Esse conceito foi formulado pela primeira vez por Sigmund Freud em 1894 em seus escritos sobre "As neuropsicoses de defesa" (FREUD, 1894) e ampliado por sua filha, Anna Freud, em seu livro "O Ego e os Mecanismos de defesa" publicado em 1936 (FREUD, 1936). Inicialmente, para Sigmund Freud, as defesas surgiram como um funcionamento neurótico em relação aos processos de organização do eu (ROUDINESCO; PLON, 1998). Nesse primeiro momento, ele focalizou sua atenção, sobretudo, nos mecanismos da repressão² como fator etiológico das histerias e na natureza inconsciente deste processo (FREUD, 1896a, 1896b; ROUDINESCO; PLON, 1998; KIPPER, 2003). Posteriormente, com "Psicologia de grupo e análise do Ego" e "Além do princípio do prazer", Freud passou a aumentar o interesse da psicanálise para o ego (FREUD, 1936). Neste contexto, Anna Freud ampliou o estudo do ego³ através dos mecanismos de defesa, fazendo com que essa noção assumisse o valor de conceito (ROUDINESCO; PLON, 1998). Para ela, os mecanismos de defesa do ego eram utilizados não somente por pessoas neuróticas, mas também por pessoas sem diagnóstico psiquiátrico (KIPPER, 2003).

Entretanto, para se entender melhor o que são os mecanismos de defesa e como eles funcionam é importante revisar alguns postulados psicanalíticos sobre o aparelho psíquico. Para Freud, o mundo intrapsíquico possui três instâncias básicas chamadas id, ego e superego (DEWALD, 1981; FADIMAN; FRAGER, 2004). O id é regido pelo princípio do prazer e busca constantemente gratificação; o superego funciona como um sensor ou um juiz do ego; e o ego é regido pelo princípio da realidade, buscando conciliar os impulsos do id com a realidade externa e com as

² Segundo Kusnetzoff (1982), do ponto de vista prático, Repressão (recalque) e Censura são sinônimos e representam uma força intensa e rígida responsável pelos impedimentos à passagem dos conteúdos inconscientes à Consciência. Entretanto, na terminologia psicanalítica moderna, o termo censura é aplicado de modo mais restrito apenas para caracterizar a ação do recalque na elaboração dos sonhos.

³ Uma das correntes surgidas na psicanálise foi a chamada psicologia do ego que teve como uma das grandes inspiradoras Anna Freud. Alguns méritos dessa corrente foi a maior valorização do ego no trabalho do analista, uma significativa valorização dos mecanismos defensivos procedentes do ego e uma maior abertura para a transdisciplinaridade ao levar em consideração os conhecimentos obtidos pelos estudos da neurobiologia, da etologia e da psicofarmacologia. No entanto, essa linha psicanalítica recebeu também muitas críticas, sobretudo por um dos maiores teóricos da psicanálise, Jacques Lacan. Ele considerou essa forma de conceber a psicanálise uma traição à verdadeira psicanálise de Freud, uma forma de converter a psicanálise em uma adaptação ao *american way of life* e, assim, propôs uma própria escola psicanalítica com um retorno aos postulados freudianos (ZIMMERMAN, 2004).

exigências e as expectativas do superego (KUSNETZOFF, 1982; ROUDINESCO; PLON, 1998; KIPPER, 2003; FADIMAN; FRAGER, 2004). Antes dessa compreensão chamada de segunda tópica, no entanto, Freud havia dividido também os processos mentais em inconscientes, pré-conscientes e conscientes. A essa divisão foi dada o nome de primeira tópica⁴ (KUSNETZOFF, 1982; ROUDINESCO; PLON, 1998). No id acontecem processos inconscientes, enquanto no ego e no superego⁵, conscientes e inconscientes. Como seja, existe invariavelmente uma tensão dentro do mundo psíquico que tenta continuamente ser amenizada, embora não consiga ser completamente abolida (DEWALD, 1981; NASIO, 1995), e é justamente essa tensão desprazerosa que gera uma imagem mais perceptível dentro do ego⁶ do funcionamento das outras instâncias (id e superego) e, assim, passível de observação clínica (FREUD, 1936).

Desta forma, os mecanismos de defesa do ego podem ser entendidos como processos psicológicos inconscientes que protegem o sujeito contra a ansiedade resultante dos conflitos entre os impulsos e desejos do id, as proibições e aspirações do superego e a realidade externa (DEWALD, 1981; JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1989; KIPPER, 2003). Na realidade, o objetivo final desses mecanismos é manter a natureza inconsciente dos impulsos e seus derivados (DEWALD, 1981). Além disto, os mecanismos de defesa do ego diferem entre si e são o melhor meio que o indivíduo consegue encontrar para lidar com os conflitos e os afetos. Desse modo, são adaptativos, mas o uso repetitivo os tornam patológicos. Assim, embora sejam reversíveis, podem se apresentar como sintomas (MARQUES, 2012). Dentre os vários mecanismos descritos, encontra-se classicamente explicados na psicanálise os seguintes: repressão, projeção, deslocamento, regressão, clivagem, introjeção, isolamento, formação reativa, negação e sublimação (DEWALD, 1981; JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1989). Vale salientar, no entanto, que, embora didaticamente eles sejam descritos separadamente, na vida psíquica eles não operam de modo independente (DEWALD, 1981). É importante diferenciar, ainda, os mecanismos de defesa do ego dos mecanismos de *coping*, pois, enquanto aqueles são

⁴ A segunda tópica não elimina a primeira. Na realidade há uma integração num nível mais desenvolvido, já que as instâncias Consciente, Pré-consciente e Inconsciente passam a fazer parte do novo sistema (Id, Ego e Superego), mas sob a forma de atributos e qualidades (KUSNETZOFF, 1982).

⁵ Também se encontra o termo "ego ideal" (DEWALD, 1981) ou "ideal do ego" (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1989).

⁶ O ego é a instância central da personalidade (KUSNETZOFF, 1982).

processos que acontecem inconscientemente, estes são estratégias cognitivas usadas intencionalmente para lidar com uma situação desagradável (VAILLANT, 2000).

De qualquer modo, devido ao papel que desempenham na manutenção da homeostase emocional (DEWALD, 1981; BOWINS, 2004), o estudo dos mecanismos de defesa do ego é considerado por muitos como uma das maiores contribuições da psicanálise para a medicina (SILVA, 2013), bem como uma das contribuições mais originais de Freud para a psicologia (VAILLANT, 1992). De fato, foi o primeiro conceito psicanalítico reconhecido pelo DSM-IV como eixo para futuros estudos (APA, 1994; BLAYA et al., 2007), embora não o encontremos mais no atual manual diagnóstico (APA, 2013).

No entanto, fala-se que uma dificuldade moderna encontrada pela psicanálise é conseguir fazer com que seus conceitos sejam adaptados adequadamente a instrumentos de mensuração, os quais são mais facilmente sujeitos às pesquisas científicas quantitativas. Na realidade, muitos de seus conceitos, como o próprio conceito de mecanismos de defesa do ego, dizem respeito a processos inconscientes. Assim, não são passíveis de mensuração por instrumentos autoaplicáveis. Desse modo, precisam ser adaptados e foi isso o que aconteceu com os mecanismos de defesa do ego ao serem adaptados ao conceito de estilos de defesa ou estilos defensivos. Esses estilos podem ser entendidos como os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa do ego (BOND et al., 1983). Essa adaptação é um dos melhores exemplos de êxito e aconteceu inicialmente em 1983 por meio de um questionário auto-respondido com 63 itens (BOND et al., 1983). Posteriormente, esse questionário foi simplificado em 40 itens (ANDREWS; SINGH; BOND, 1993) e na atualidade é utilizado com sucesso em vários estudos (KIPPER, 2003; CHVATAL; BÖTTCHER-LUIZ; TURATO, 2008; PAREKH et al., 2010; MARQUES, 2012; SILVA, 2013). Esse questionário recebeu o nome de Defense Style Questionnaire (DSQ-40) e divide os vários estilos de defesa em maduros (ou adaptativos), neuróticos e imaturos (ou mal-adaptativos) (VAILLANT, 1971; ANDREWS; SINGH; BOND, 1993). Essa divisão parece ser útil pois, enquanto algumas defesas podem tornar a vida mais tolerável e bem-sucedida, outras trazem efeitos prejudiciais ao obscurecerem a realidade e obstruírem a capacidade de funcionamento (FADIMAN; FRAGER, 2004).

Os estilos de defesa maduros são considerados adaptativos pois conseguem ao mesmo tempo maximizar a gratificação do impulso e permitir o conhecimento consciente das ideias, das emoções e de suas consequências (VAILLANT, 1971, 1992; APA, 1994; KIPPER, 2003). Segundo Vaillant, elas têm um caráter transformador (VAILLANT, 2000). Dentro do DSQ-40, sublimação, humor, antecipação e supressão são classificados nesta categoria. Na sublimação, conflitos internos são resolvidos indiretamente a partir de meios que são socialmente mais bem aceitos, sem consequências adversas, de modo construtivo e ainda gratificante; com o humor, o indivíduo consegue olhar diretamente para aquilo que é penoso, salientando aspectos irônicos ou divertidos do conflito; a antecipação permite a previsão de situações reais e potencialmente ansiogênicas; e na supressão, consegue-se adiar a atenção destinadas a um estímulo estressante para outro momento (VAILLANT, 1992; APA, 1994; MARQUES, 2012). Em geral, essas defesas maduras estão relacionadas a melhor ajustamento na vida adulta (VAILLANT, 1971).

A esta altura, para se entender melhor a importância dos estilos de defesa maduros na construção do bem-estar subjetivo, faz-se imperioso uma maior ênfase ao conceito psicanalítico de um dos mecanismos de defesa do ego, a sublimação. Isso porque a sublimação já foi chamada de defesa bem-sucedida, pois, diferentemente das outras, realmente resolve a tensão psíquica (FADIMAN; FRAGER, 2004). De fato, a sublimação envolve modificação e troca progressiva no objeto e no impulso. Essa mudança produz uma satisfação parcial do impulso inconsciente, no entanto tal satisfação se estabelece de uma maneira mais útil e socialmente aceitável (DEWALD, 1981). Em outras palavras, esse processo consiste em desviar o trajeto da pulsão, mudando o alvo dela (NASIO, 1995). Classicamente, pode-se pensar na energia originalmente dirigida a metas sexuais ou agressivas sendo redirecionada a novos objetos, com frequência artísticos, intelectuais ou culturais (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1989; FADIMAN; FRAGER, 2004). Modernamente, no entanto, o entendimento desse conceito está mais amplo. Assim, também, vê-se a sublimação na construção de outros comportamentos socialmente aceitos e estimulados, que até são mais corriqueiros, como a ternura entre pais e filhos, os sentimentos de amizade e os laços sentimentais de um casal (NASIO, 1995).

Os estilos defensivos neuróticos fazem com que o indivíduo mantenha ideias, desejos e emoções considerados ameaçadores fora da consciência (APA, 1994), entretanto frequentemente o deixam preocupado com os próprios problemas que parecem ser insolúveis (KIPPER, 2003). Segundo Vaillant, essas defesas se manifestam muitas vezes em situações de ansiedade aguda nos adultos e em outros transtornos neuróticos (VAILLANT, 1971). Dentro do DSQ-40, pseudo-altruísmo, idealização, formação reativa e anulação são classificados nessa categoria. No pseudo-altruísmo, o indivíduo lida com os estresses internos ou externos satisfazendo as necessidades dos outros e obtendo daí gratificação; na idealização, a pessoa lida com os próprios conflitos atribuindo qualidades exageradas aos outros; na formação reativa, o indivíduo lida com as próprias angústias substituindo os pensamentos ou os sentimentos inaceitáveis por comportamentos, pensamentos ou sentimentos opostos e, além disso, frequentemente reprimindo os primeiros; e com a anulação, tenta-se negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou ações inaceitáveis com palavras ou comportamentos (VAILLANT, 1992; APA, 1994; MARQUES, 2012). Embora possa parecer contraditório, esses estilos de defesa neuróticos demonstram pouca associação com sintomas específicos ou com empobrecimento das relações sociais (VAILLANT, 1992).

Os estilos de defesa imaturas estão ligadas a uma maior distorção de si mesmo, do próprio corpo ou dos outros e, frequentemente, atribuem essas distorções erroneamente a causas externas (APA, 1994). Essas defesas têm uma tendência a serem usadas por pessoas que se sentem ameaçadas pelas relações interpessoais (KIPPER, 2003). Além disso, segundo Vaillant, essas defesas tendem a retornar em situações de estresse grave no adulto ou permanecer em indivíduos que têm um bloqueio em alguma fase do desenvolvimento (VAILLANT, 1971). No DSQ-40, projeção, agressão passiva, *acting out*, isolamento, desvalorização, fantasia autística, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização são classificados nesta categoria. A projeção consiste em direcionar aos outros impulsos, pensamentos ou afetos próprios, mas que são inaceitáveis para o ego; na agressão passiva, o indivíduo direciona a própria agressividade para o outro ou para si mesmo, no entanto de modo sutil, pouco expansivo; no *acting out* (atuação), a pessoa, ao invés de usar reflexões ou sentimentos, lida com seus conflitos a partir de ações impulsivas; no isolamento, o indivíduo perde o contato com os sentimentos associados a

determinado evento permanecendo consciente somente dos elementos cognitivos; a desvalorização consiste em atribuir características negativas a si mesmo ou aos outros como maneira de lidar com os próprios conflitos; na fantasia autística, o indivíduo para lidar com os conflitos se utiliza de devaneios excessivos, ao invés de assumir posturas mais efetivas; na negação, há uma recusa em reconhecer algum aspecto doloroso da realidade externa ou subjetiva; no deslocamento, há transferência de um sentimento ou de uma resposta ligada a um objeto para outro objeto, geralmente menos ameaçador; na dissociação, há uma ruptura das funções integradas de consciência, memória, percepção de si mesmo ou do ambiente, ou comportamento sensorial/motor como maneira de lidar com os conflitos; na cisão, as imagens de si mesmo ou dos outros se alternam entre opostos polarizados, como excessivamente bom ou exclusivamente mau; a racionalização encobre os reais motivos de pensamentos, emoções ou ações a partir de explicações confortadoras, porém incorretas; e na somatização há uma tradução de sintomas físicos desproporcionais aos conflitos intrapsíquicos (APA, 1994; MARQUES, 2012; VAILLANT, 1992). Esses estilos defensivos estão mais associados a sintomas específicos, a isolamento social e a dificuldade de adaptação do indivíduo à realidade externa (VAILLANT, 1992).

Por último, é importante salientar que muitos estilos de defesa utilizados por pessoas com transtornos psiquiátricos também podem ser utilizados em algum grau ou em algum momento por indivíduos saudáveis (VAILLANT, 1971). Além disso, é comum e é esperado que ao longo da vida os estilos defensivos se tornem mais maduros (MARQUES, 2012), embora alguns indivíduos possam permanecer com uma constelação fixa de estilos durante décadas (VAILLANT, 1971). Por exemplo, pacientes com diagnósticos psiquiátricos tendem a apresentar menor uso de estilos de defesa maduros (KIPPER, 2003). Por outro lado, esses estilos defensivos maduros se relacionam positivamente com saúde mental e com bem-estar subjetivo, tendo assim impacto positivo na psicologia positiva e no estudo da felicidade (VAILLANT, 2000).

2.5 - PSICOLOGIA MÉDICA

2.5.1 - Conceitos

A psicologia médica tem como patriarca Ernst Kretschmer que aplicou essa denominação a uma disciplina especial, tendo como base que o médico necessitava de uma psicologia surgida da prática médica e que se destinasse aos problemas práticos decorrentes da profissão (COHEN; MARCOLINO, 2008).

Assim, inicialmente, autores como Jaspers e Ballint se dedicaram ao aprofundamento da relação médico-paciente (CAPRARA; RODRIGUES, 2004), até porque, como postulava Schneider, a meta primordial da psicologia médica era preparar psicologicamente o médico para melhor compreender o paciente (COHEN; MARCOLINO, 2008; NOGUEIRA; OLIVEIRA; REGO, 2012).

Foi, no entanto, Michael Balint o grande inspirador da psicologia médica (BOTEGA, 2012), podendo-se mesmo dizer que o estudo científico da relação médico-paciente se iniciou com o eminente médico em 1950 na Tavistock Clinic da Inglaterra quando ele começou a se reunir com clínicos gerais para estudar, através de casos reais, os fatos que se passavam na intimidade da relação entre os clínicos e seus doentes (DE MELLO FILHO, 2002). O seu livro "O médico, seu paciente e a doença" é um dos clássicos dessa área e nele o autor situa o próprio médico como a droga mais frequentemente utilizada na medicina (BALLINT, 1975).

Com o tempo, porém, o campo de atuação da psicologia médica se ampliou. Neste sentido, o próprio médico em si, com seus conflitos, adoecimentos e motivações passou a ser objeto de interesse desse ramo da psicologia (MELEIRO, 2001). Assim, na atualidade, pode-se dizer que a psicologia médica pretende estudar a psicologia do estudante de medicina, do médico, do paciente, da relação entre estes, da família e do próprio contexto institucional dessas relações (MUNIZ; CHAZAN, 2010).

2.5.2 - Saúde da categoria médica

Médicos estão mais propensos a sofrer adoecimento relacionado ao trabalho do que outros profissionais; essa realidade é internacionalmente reconhecida (COHEN; MARFELL; GREENE, 2014; PECKHAM, 2015) e particularmente presente entre os psiquiatras (BARUCH et al., 2013). Por exemplo, suicídio e dependência química, inclusive entre psiquiatras, são particularmente elevados (LEGHA, 2012; YELLOWLEES et al., 2014; PECKHAM, 2015). Nesse sentido, uma das síndromes que mais vem sendo estudada nos últimos anos, pelas altas prevalências e incidências entre os médicos (MCCLAFFERTY; BROWN, 2014) e entre os profissionais de saúde como um todo (PIKO, 2006), é a síndrome de *burnout*.

A síndrome é caracterizada como um tipo de resposta prolongada a estressores relacionados ao trabalho, tendo como principais sintomas a exaustão e a despersonalização (PIKO, 2006). Os fatores preditores apontados como mais fortemente relacionados ao desenvolvimento da síndrome de burnout são a falta de controle nas atividades desenvolvidas e o excesso de horas de trabalho, sendo que idade, sexo e especialidade médica não mostraram relações estatisticamente significativas (KEETON et al., 2007). Ao mesmo tempo, a presença dessa enfermidade é o principal preditor de insatisfação com a carreira profissional (KEETON et al., 2007; PIKO, 2006).

Além disto, estudos já demonstram que as dificuldades na saúde, como incidências elevadas de *burnout*, depressão, fadiga e sonolência já é alta entre os médicos residentes (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010) e entre os estudantes de medicina (FIEDLER, 2008). Igualmente, nessa população um dos fatores mais implicados no adoecimento é a carga horária excessiva (FIEDLER, 2008; LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010). Por todos estes aspectos de prejuízo na saúde dos médicos, ao redor do mundo como no Reino Unido, já foram implementados com sucesso programas de cuidados de saúde voltados para os profissionais que trabalham nessa área (COHEN; MARFELL; GREENE, 2014).

2.5.3 - Felicidade da categoria médica

Os progressos que acontecem na psicologia têm seu reflexo no domínio médico e isso se faz sentir especialmente na Psicologia Médica (CAIXETA; NITRINI, 2002). Por isto, da mesma forma que já foram propostas consequências da Teoria da Mente nesta área (CAIXETA; NITRINI, 2002), os avanços surgidos na psicologia positiva com seus estudos sobre bem-estar subjetivo também merecem ser considerados dentro da psicologia médica (NURIA; ATTILIO; MARCELA, 2011).

Já foi observado que um dos grandes preditores de adoecimento futuro nos médicos são algumas características de personalidade presentes ainda na época da graduação como maiores índices de neuroticismo e menores níveis de extroversão (SILVA, 2013). Por outro lado, outras características de personalidade, como as classificadas dentro do aspecto de autodirecionamento (pessoas que são responsáveis, têm propósitos e são criativas diante das dificuldades), já foram identificadas como fortemente associadas à felicidade (CLONINGER; ZOHAR, 2011).

Neste sentido, muitos estudos têm surgido com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos médicos e dos estudantes de medicina e não só o adoecimento (FIEDLER, 2008; CALUMBI et al., 2010; GUILHERME; ALVES, 2010; INTENSIVISTAS; NEONATALES, 2010; SOUZA et al., 2010; TEMPSKI et al., 2012; SILVA, 2013). Poucos, no entanto, têm estudado a felicidade em si nessa população (FARZIANPOUR et al., 2011) e menos ainda a felicidade entre os psiquiatras (BARUCH et al., 2013).

Contudo, estudar a felicidade dentro da psicologia médica parece ser bastante relevante e pode trazer implicações positivas, uma vez que o adoecimento psíquico nos profissionais de saúde, incluindo os da saúde mental, traz consequências negativas para os próprios pacientes, sobretudo os com transtornos psiquiátricos, pois altos níveis de estresse nestes profissionais predizem problemas terapêuticos em geral (BARUCH et al., 2013; NURIA; ATTILIO; MARCELA, 2011). Por todos esses motivos, procuramos situar a felicidade dos psiquiatras como nosso objeto de estudo.

3 HIPÓTESE

O sentimento de felicidade em médicos psiquiatras está associado positivamente à utilização de estilos de defesa maduros e à experiência de *flow*.

4 OBJETIVOS

4.1 - OBJETIVO GERAL

Avaliar a felicidade em uma amostra de médicos psiquiatras brasileiros, os estilos de defesa mais utilizados e a presença de atividades que levam a experiência de *flow*.

4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar um perfil sociodemográfico dos médicos psiquiatras pesquisados.
- Verificar se existe uma parcela de médicos psiquiatras brasileiros que se sente feliz.
- Determinar os estilos de defesa mais utilizados pelos psiquiatras pesquisados.
- Identificar a presença de atividades que levam à experiência de *flow* na população estudada.
- Verificar as associações existentes entre felicidade, fatores sociodemográficos, estilos de defesa e experiência de *flow* nos médicos psiquiatras estudados.

5 MÉTODOS

5.1 - DELINEAMENTO

O presente estudo é quantitativo observacional, do tipo transversal, descritivo e analítico.

5.2 - PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de questionário autoaplicável em médicos psiquiatras que participaram do XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que foi realizado entre os dias 15 e 18 de outubro de 2014. Inicialmente, foram coletados no local. Posteriormente, visando aumentar a amostra, foi confeccionado o mesmo questionário online a partir do site <https://pt.surveymonkey.net> e solicitado, por e-mail, que colegas psiquiatras que tinham participado do congresso, mas não tinham respondido no local, respondessem entre os dias 29 de outubro de 2014 e 06 de novembro de 2014.

5.3 - POPULAÇÃO-REFERENCIADA E AMOSTRA

Nossa amostra de 104 psiquiatras foi construída de modo não probabilístico e a partir das respostas do questionário foi construído um único grupo que obedeceu os seguintes critérios de inclusão: médicos psiquiatras que trabalham no Brasil presentes no XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria de 2014 (XXXII CBP) organizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

5.4 - INSTRUMENTOS

Foram utilizados quatro instrumentos auto-aplicáveis em nossa pesquisa. O primeiro foi construído pelos pesquisadores e composto por dados sociodemográficos. O segundo foi o SHS, utilizado para mensurar a felicidade subjetiva

(LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999; GRAZIANO, 2005; PAIS-RIBEIRO, 2012). O terceiro instrumento foi constituído por variáveis nominais e ordinais adaptadas do trabalho de Graziano baseadas no conceito de *flow* (GRAZIANO, 2005). O quarto foi o DSQ-40, que avalia os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa do ego, ou seja os estilos defensivos; o objetivo desse instrumento é identificar o estilo característico de como as pessoas, consciente ou inconscientemente, lidam com o conflito, baseado na ideia de que as pessoas podem fazer comentários precisos sobre seus comportamentos (ANDREWS, 1989; BLAYA et al., 2004, 2007).

5.4.1 - Questionário sociodemográfico

O perfil sociodemográfico dos médicos psiquiatras foi avaliado a partir da elaboração de um questionário auto-aplicável e com perguntas fechadas sobre os perfis pessoal e profissional. Foram formuladas questões sobre renda, carga horária de trabalho, idade, religião, peso, altura, lazer, estado civil, grau de instrução e atividade física. As perguntas formuladas sobre sono (BERTOLAZI; ALEGRE, 2008), sexo (ABDO, 2006a, 2006b, 2009) e uso de drogas (HENRIQUE et al., 2004) foram retiradas de escalas validadas sobre as referidas temáticas (APÊNDICE A).

5.4.2 - Subjective happiness scale (SHS)

Para mensurar a felicidade foi feita a opção da SHS (LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999). Na realidade, uma das primeiras escalas confeccionadas para ser utilizada nos estudos da felicidade foi a *Satisfaction with life scale* (SWLS) (DIENER; EMMONS, 1985; LARANJEIRA, 2009). A partir daí, outras escalas como SHS foram elaboradas. A SHS já foi validada em uma versão portuguesa (PAIS-RIBEIRO, 2012) e em uma versão brasileira (DAMÁSIO; ZANON; KOLLER, 2014). Na validação brasileira, participaram 600 voluntários entre 18 e 70 anos de idade (DAMÁSIO; ZANON; KOLLER, 2014). Em nosso estudo, optamos pela SHS por se tratar de uma escala de aplicação rápida e fácil, e por abordar o tema de um modo direto e amplo. Além disso, ela apresenta boa correlação com a SWLS (LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999; FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007) e vários estudos a tem utilizado com sucesso em diferentes contextos (GRAZIANO,

2005; SCORSOLINI-COMIN; DOS SANTOS, 2010; PIQUERAS et al., 2011; CHEN et al., 2013). Nessa escala, são feitas quatro proposições como: "algumas pessoas, geralmente, não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que grau essa descrição se aplica a você?". A partir daí, o sujeito terá como resposta alguma opção entre 1 e 7. O índice geral da escala é feito através do somatório dos pontos dividido por quatro. Quanto maior o escore, maiores os níveis de felicidade (ANEXO A).

Uma outra consideração deve ser feita, pois em escalas como essa geralmente fica a dúvida em relação à validade das respostas. Argumenta-se que indivíduos não felizes podem responder contrariamente à realidade. Essa parece ser uma preocupação legítima. Contudo, um estudo comparativo entre instrumentos baseados em auto-relatos e não baseados em auto-relatos já demonstrou que ambos são equivalentes (SANDVIK; DIENER; SEIDLITZ, 1993).

5.4.3 - Defense Style Questionnaire (DSQ-40)

O DSQ-40 é um instrumento que avalia os estilos defensivos utilizados pelos indivíduos. Através de 40 frases descrevendo alguns possíveis comportamentos, o sujeito dá respostas entre 1 (discordo totalmente) e 9 (concordo totalmente) (ANEXO B) (BLAYA et al., 2004, 2007).

Cada tipo de estilo defensivo é avaliado por 2 itens. Estes itens ficam distribuídos em diferentes posições dentro do instrumento. Os vários tipos de estilos defensivos podem também ser separados entre maduros (antecipação, humor, supressão, sublimação, racionalização), imaturos (projeção, agressão passiva, *acting out*, isolamento, desvalorização, fantasia autística, negação, deslocamento, dissociação, cisão, somatização) e neuróticos (pseudo-altruismo, idealização, formação reativa, anulação) (ANEXO C).

5.4.4 - Flow

Para avaliar a presença de atividades que fazem estar em *flow* se utilizou uma tese de doutorado que se baseou no conceito descrito acima (ver capítulo sobre

revisão da literatura) (GRAZIANO, 2005). Na referida tese, existem perguntas fechadas e abertas. Entretanto, como desejávamos fazer uma pesquisa quantitativa, adaptamos o referido questionário utilizando somente as questões fechadas (ANEXO D).

5.5 - ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados foram submetidos à análise estatística. Foram apresentadas as estatísticas descritivas por meio de distribuição de frequências para as variáveis categóricas e médias com suas respectivas variações para as variáveis quantitativas.

Foi testada a hipótese de normalidade das variáveis quantitativas por meio do teste de Komogorov-Smirnov. A escala da felicidade teve distribuição normal.

Para a comparação entre duas médias, foi utilizado o teste t de Student. Para a comparação entre mais de duas médias, utilizou-se o teste ANOVA one way, com o teste de Bonferroni como post hoc. A correlação de Pearson foi calculada quando a variável explicativa era quantitativa.

Para a análise multivariada, as variáveis explicativas que obtiveram uma significância abaixo de 20% ($p < 0,20$) foram elegíveis para a análise multivariada. Foi aplicada uma regressão linear múltipla, com modelagem do tipo stepwise, forward. Permaneceram no modelo as variáveis que após o ajuste tinham uma significância menor de 10% ($p < 0,10$), sendo preconizada a permanência pela plausibilidade biológica. O software utilizado na análise foi o STATA versão 12.0.

5.6 - PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A realização da coleta de dados durante o XXXII CBP foi autorizada previamente pela ABP.

Durante o congresso, além das explicações realizadas pelo pesquisador principal, bem como pelos colaboradores (alunos do quinto período de medicina da

UFPE e médicos residentes de psiquiatria do HC-UFPE), foi feita divulgação da pesquisa durante as conferências realizadas pelo Dr. Amaury Cantilino e pela Dra. Kátia Petribú no XXXII CBP.

Posteriormente, durante a coleta online, além de e-mails enviados pelo pesquisador principal, outros colegas contribuíram também enviando e-mails, especialmente Dr. Hermano Tavares, Dr. Antonio Peregrino e Dra. Milena França.

5.7 - ASPECTOS ÉTICOS

Pediu-se anonimato na resposta do questionário.

Explicou-se que, ao participar da pesquisa, ter-se-iam alguns possíveis riscos e benefícios. O possível risco que o(a) voluntário(a) poderia ter ao participar desta pesquisa seria o de sensação de constrangimento em caso de não saber responder corretamente a algum dos questionários, mas esse risco foi minimizado pelo fato de o(a) voluntário(a) responder as perguntas com privacidade. O(a) participante poderia ter o seguinte benefício direto: orientação e reflexão quanto ao próprio nível de bem-estar e de felicidade. Além disto, poderia ter os seguintes benefícios indiretos: obtenção de informações a respeito da aplicabilidade de um instrumento que avalia o nível de felicidade das pessoas, bem como tomar conhecimento de que as ciências da saúde vêm estudando não só o indivíduo doente, mas também o que se sente feliz e, assim, poderia contribuir para um maior entendimento sobre os fatores que levam as pessoas a se sentirem mais felizes.

A coleta só foi realizada após aprovação do Comitê de ética em pesquisa do Centro de ciências da saúde da UFPE, obtida no dia 06 de agosto de 2014 (ANEXO E) e após aprovação da ABP (ANEXO F).

Os voluntários não receberam nenhuma ajuda de custo e o custeio de todas as despesas com a pesquisa foi feito pelo pesquisador principal.

Antes de participar da pesquisa, os voluntários receberam esclarecimentos orais e por escrito sobre a mesma e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a resolução 466/12 (APÊNDICE B).

6 RESULTADOS

6.1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Voluntariaram-se para o estudo 104 médicos psiquiatras participantes do XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria. A média de idade dos voluntários foi de 39,3 anos, com idade mínima de 27 e máxima de 78 anos, tendo 2/3 dos pesquisados idade abaixo de 40 anos.

Um pouco mais da metade são mulheres (53,8%). Em relação à formação desses profissionais, 59,6% tem residência em psiquiatria, 24% especialização em psiquiatria, enquanto que 17,3% afirmaram ter uma pós-graduação à nível de mestrado, 9,6% de doutorado e 6 profissionais tinham pós-doutorado (5,8%). A maioria dos pesquisados eram casados ou tinham união estável e um pouco mais da metade (53,4%) tinham filhos. 51,4% dos médicos do estudo tinham renda mensal na faixa de 20 a 30 mil reais e 31,1% mais de 30 mil reais. Dos 104 médicos pesquisados, 62% afirmaram ter religião, desses, 53% disseram ser praticantes (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.

Características	Estatísticas
Idade^a	39,3 (11,5)
Faixa etária	
< 40 anos	62 (66,0%)
De 40 a 59 anos	22 (23,4%)
60 anos ou mais	10 (10,6%)
Sexo	
Masculino	48 (46,2%)
Feminino	56 (53,8%)
Formação*	
Especialização em psiquiatria	25 (24,0%)
Residência em psiquiatria	62 (59,6%)
Mestrado	18 (17,3%)
Doutorado	10 (9,6%)
Pós-Doutorado	6 (5,8%)
Estado civil	
Solteiro	24 (23,5%)
Casado	54 (52,9%)
União estável	16 (15,7%)
Divorciado	7 (6,9%)
Viúvo	1 (1,0%)
Número de filhos	
Nenhum	48 (46,6%)
Um	19 (18,5%)
Dois	24 (23,3%)
Três ou mais	12 (11,6%)
Renda mensal (em reais)	
Menos de 10.000	18 (17,5%)
Entre 10.000 e 20.000	53 (51,4%)
Entre 20.000 e 30.000	18 (17,5%)
Mais de 30.000	14 (13,6%)
Tem religião	
Não	24 (23,3%)
Não tem, mas é espiritualizado	15 (14,5%)
Sim	64 (62,1%)
Praticante	
Semanalmente	23 (36,0%)
Mensalmente	11 (17,2%)
Não frequenta igreja ou templo	8 (12,5%)
Frequenta apenas em datas religiosas	12 (18,7%)
Não	10 (15,6%)

^a Média (desvio padrão)

* Categorias não excludentes

Segundo as características relacionadas ao trabalho, 52% tem uma carga horária semanal superior a 40 horas. Todos afirmaram ter atividade de lazer, sendo que a grande maioria pratica semanalmente. A atividade física foi referida por 71,1% dos médicos, dos quais 55,4% praticam de 3 ou mais vezes por semana e 9,5% diariamente. De acordo com o índice de massa corpórea dos pesquisados, 60,6% dos médicos tinham IMC nos limites da normalidade, enquanto 33,6% eram sobrepesados e 5,8% obesos (Tabela 2).

Tabela 2. Outras características sociodemográficas dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.

Características	Estatísticas
Carga horária de trabalho (semanal)	
Até 20 horas	8 (8,0%)
De 20 a 40 horas	40 (40,0%)
Mais de 40 horas	52 (52,0%)
Tipo de trabalho	
Remuneração por hora de trabalho	9 (8,6%)
Remuneração por salário	19 (18,3%)
Remuneração por salário e por hora de trabalho	76 (73,1%)
Frequência da atividade de laser	
Diariamente	14 (13,4%)
Semanalmente	81 (77,9%)
Mensalmente	8 (7,7%)
Pelo menos uma vez ao ano	1 (1,0%)
Realiza atividade física	
Não	30 (28,9%)
Sim	74 (71,1%)
Frequência	
Menos de 3 vezes por semana	26 (35,1%)
3 ou mais vezes por semana	41 (55,4%)
Diariamente	7 (9,5%)
IMC	
Média (desvio padrão)	24,4 (3,5)
Classificação	
Eutrófico	63 (60,6%)
Sobrepesado	35 (33,6%)
Obeso	6 (5,8%)

No que se refere a história de consumo não-médico de substâncias psicoativas, o uso de tabaco foi relatado por metade dos pesquisados e bebida alcoólica por 85,7% deles. Entre as drogas ilícitas, as mais frequentes foram a maconha, os inalantes e os estimulantes. Observa-se que 1/3 dos médicos referiram história de uso não-médico de hipnóticos ou sedativos. 78% dos pesquisados referiram uma boa ou muito boa qualidade do sono. Analisando a frequência do interesse em iniciar o (homens) ou participar do (mulheres) ato sexual, 73,1% afirmaram ter sempre ou na maioria das vezes (Tabela 3).

Tabela 3. História de consumo de substâncias psicoativas, características do sono e desempenho sexual dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.

Características	Estatísticas
Consumo de drogas lícitas e ilícitas na vida*	
Tabaco	51 (50,0%)
Bebida alcoólica	87 (85,3%)
Maconha	26 (25,7%)
Cocaína ou crack	6 (6,0%)
Estimulantes	15 (14,8%)
Inalantes	16 (15,8%)
Hipnóticos/ sedativos	37 (36,6%)
Alucinógenos	9 (8,9%)
Opióides	4 (4,0%)
Outras	6 (5,9%)
Características do sono	
Qualidade do sono no último mês	
Muito boa	22 (21,2%)
Boa	59 (56,7%)
Ruim	21 (20,2%)
Muito ruim	2 (1,9%)
Frequência da dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social no último mês	
Nenhuma vez	52 (50,5%)
Menos de 1 vez por semana	34 (33,0%)
1 ou 2 vezes por semana	15 (14,6%)
3 ou mais vezes por semana	2 (1,9%)
Quociente sexual	
Interesse suficiente para iniciar (homens) ou participar (mulheres) o/do ato sexual	
Nunca	2 (1,9%)
Raramente	4 (3,8%)
Às vezes	9 (8,7%)
Aproximadamente, metade das vezes	13 (12,5%)
Maioria das vezes	44 (42,3%)
Sempre	32 (30,8%)
Desempenho sexual (homens) ou satisfação sexual (mulheres) à ponto de dar vontade de fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades (homens) ou em outros dias (mulheres)	
Nunca	2 (1,9%)
Raramente	4 (3,8%)
Às vezes	14 (13,5%)
Aproximadamente, metade das vezes	6 (5,8%)
Maioria das vezes	45 (43,3%)
Sempre	33 (31,7%)

* Categorias não excludentes

6.2 - FELICIDADE E FLOW

Numa escala que varia de 1 a 7 pontos, na qual quanto maior o escore maior o nível de felicidade, a média da escala geral de felicidade entre os psiquiatras participantes do estudo foi de 5,69 pontos, com mínimo de 3,75 pontos e máximo de 7 pontos. Em relação a atividades que levam ao estado de *Flow*, 89,3% citaram ter alguma atividade recompensadora. Desses, 42,4% afirmaram desempenhá-las mais de

duas vezes por semana e 83,8% dos pesquisados afirmaram obter sempre ou na maioria das vezes uma concentração total (Tabela 4).

Tabela 4. Descritiva da escala geral de felicidade e modelo de *Flow* dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.

Variáveis	Estatísticas
Escala geral de felicidade*	
Média (desvio padrão)	5,69 (0,83)
Mínimo; máximo	3,75; 7,0
Questionário de Flow	
Atividade ligada ao Flow	
Não	11 (10,7%)
Sim	92 (89,3%)
Frequência da atividade	
Acima de 2 vezes por semana	39 (42,4%)
De 1 a 2 vezes por semana	38 (41,3%)
Duas vezes por mês	8 (8,7%)
Uma vez por mês	4 (4,3%)
Raramente	2 (3,3%)
Frequência de concentração total	
Sempre	25 (27,2%)
A maioria das vezes	52 (56,5%)
Apenas algumas vezes	14 (15,2%)
Raramente	1 (1,1%)

* Teste de normalidade de Komogorov-Smirnov: $p = 0,0959$

6.3 - ESTILOS DE DEFESA

Os médicos psiquiatras participantes do estudo utilizam mais intensamente estilos defensivos maduros, sobretudo humor e antecipação. O estilo defensivo neurótico com maior escore médio foi o pseudo-altruísmo. A racionalização obteve o maior escore médio dentre estilos defensivos imaturos, seguido pela somatização (Tabela 5).

Tabela 5. Descritiva da escala DSQ-40.

Variáveis	Média ± dp
Fatores	
Maduro ^a	5,39 ± 1,28
Neurótico ^a	3,75 ± 1,14
Imaturo ^a	3,28 ± 1,05
Estilos de defesa	
Maduro	
Antecipação	6,44 ± 1,48
Humor	6,51 ± 1,58
Supressão	4,64 ± 1,86
Sublimação	3,97 ± 1,67
Neurótico	
Pseudo- altruísmo	4,41 ± 1,58
Idealização	3,06 ± 1,92
Formação reativa	3,88 ± 1,98
Anulação	3,71 ± 1,96
Imaturo	
Projeção	1,72 ± 1,06
Agressiva passiva	2,30 ± 1,43
<i>Acting out</i>	3,31 ± 1,85
Isolamento	3,34 ± 2,04
Desvalorização	2,87 ± 1,54
Fantasia autística	2,84 ± 1,88
Negação	3,05 ± 1,72
Deslocamento	3,23 ± 1,70
Dissociação	3,89 ± 1,65
Cisão	2,83 ± 1,81
Racionalização	5,99 ± 1,47
Somatização	3,96 ± 2,17

^a Teste de normalidade de Komogorov-Smirnov: $p > 0,005$

6.4 - RELAÇÕES ENTRE FELICIDADE E AS DEMAIS VARIÁVEIS

6.4.1 - Análises bivariadas

Analisando a associação da SHS com os fatores sociodemográficos, observou-se que a condição de ter religião teve associação significativa com a SHS: os médicos que afirmaram ter religião apresentaram um menor escore na SHS. Ter filhos também apresentou uma associação positiva significativa com os escores de felicidade, sendo que aqueles que tinham 3 ou mais filhos apresentaram maiores níveis de felicidade. (Tabela 6).

Tabela 6. Associação de características sociodemográficas com o escore de felicidade dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.

Características	Estatísticas	p-valor
Idade^a	0,1261	0,226
Faixa etária		
< 40 anos	5,58 ± 0,82	0,584
De 40 a 59 anos	5,78 ± 0,81	
60 anos ou mais	5,65 ± 0,67	
Sexo		
Masculino	5,71 ± 0,75	0,856
Feminino	5,68 ± 0,89	
Maior Formação		
Especialização em psiquiatria	5,93 ± 0,89	0,146
Residência em psiquiatria	5,58 ± 0,80	
Mestrado	5,57 ± 0,75	
Doutorado ou Pós-Doutorado	6,05 ± 0,75	
Estado civil		
Solteiro	5,60 ± 0,86	0,723
Casado/ União estável	5,69 ± 0,78	
Divorciado/ Viúvo	5,87 ± 1,14	
Número de filhos		
Nenhum	5,46 ± 0,81	0,046[†]
Um	5,92 ± 0,85	
Dois	5,75 ± 0,76	
Três ou mais	6,06 ± 0,78	
Renda mensal (em reais)		
Menos de 10.000	5,59 ± 0,99	0,578
Entre 10.000 e 20.000	5,72 ± 0,82	
Entre 20.000 e 30.000	5,52 ± 0,77	
Mais de 30.000	5,91 ± 0,74	
Tem religião^b		
Não	5,83 ± 0,79	0,024[†]
Não tem, mas é espiritualizado	5,30 ± 0,77	
Sim	5,63 ± 0,86	

^a Coeficiente de correlação de Pearson

^b Diferença estatisticamente significante entre as categorias Sim e Não (p = 0,020)

[†] Diferença estatística significativa (p < 0,05)

Segundo as características relacionadas ao trabalho, lazer, atividade física e índice de massa corpórea, os valores médios da escala da felicidade não se diferenciaram significativamente em nenhuma dessas variáveis (Tabela 7).

Tabela 7. Associação de outras características sociodemográficas com o escore de felicidade dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.

Características	Estatísticas	p-valor
Carga horária de trabalho (semanal)		
Até 20 horas	5,59 ± 1,12	0,253
De 20 a 40 horas	5,85 ± 0,89	
Mais de 40 horas	5,57 ± 0,71	
Tipo de trabalho		
Remuneração por hora de trabalho	5,78 ± 0,96	0,882
Remuneração por salário	5,62 ± 0,85	
Remuneração por salário e por hora de trabalho	5,70 ± 0,82	
Frequência da atividade de laser		
Diariamente	5,83 ± 0,85	0,098
Semanalmente	5,73 ± 0,80	
Mensalmente ou Pelo menos uma vez ao ano	5,14 ± 0,90	
Realiza atividade física		
Não	5,61 ± 0,83	0,512
Sim	5,73 ± 0,83	
IMC^a		
Classificação do IMC	-0,137	0,167
Eutrófico	5,78 ± 0,86	0,359
Sobrepesado	5,55 ± 0,76	
Obeso	5,50 ± 0,76	

^a Coeficiente de correlação de Pearson

Quanto a associação de história de uso na vida de substâncias psicoativas e a escala de felicidade, só houve diferença estatisticamente significativa com o uso de hipnóticos/sedativos, em que aqueles que nunca usaram na vida apresentaram maior escore de felicidade ($p < 0,05$). Em relação ao sono, verifica-se que os profissionais que referiram qualidade do sono ruim/muito ruim foram os que tiveram a menor média na escala de felicidade. Aqueles que tiveram interesse suficiente para iniciar o (homens) ou para participar do (mulheres) ato sexual menos ou metade das vezes obtiveram menores escores de felicidade, e essa relação foi significativa (Tabela 8).

Tabela 8. Associação entre escores de felicidade e características relacionadas à história de consumo de substâncias psicoativas na vida, ao sono e ao quociente sexual dos médicos psiquiatras que participaram do estudo.

Características	Estatísticas	p-valor
Consumo de drogas lícitas e ilícitas na vida		
Tabaco		
Sim	5,64 ± 0,89	0,386
Não	5,78 ± 0,75	
Bebida alcoólica		
Sim	5,66 ± 0,86	0,190
Não	5,97 ± 0,57	
Maconha		
Sim	5,58 ± 0,80	0,394
Não	5,73 ± 0,80	
Cocaína ou crack		
Sim	5,42 ± 0,82	0,406
Não	5,70 ± 0,82	
Estimulantes		
Sim	5,70 ± 0,94	0,998
Não	5,70 ± 0,81	
Inalantes		
Sim	5,62 ± 0,81	0,692
Não	5,71 ± 0,83	
Hipnóticos/ sedativos		
Sim	5,48 ± 0,88	0,047[†]
Não	5,82 ± 0,77	
Ao menos uma droga ilícita		
Sim	5,58 ± 0,79	0,165
Não	5,81 ± 0,78	
Características do sono		
Qualidade do sono ^b		
Muito boa	6,19 ± 0,68	0,004[†]
Boa	5,60 ± 0,79	
Ruim/ muito ruim	5,44 ± 0,88	
Frequência da dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou trabalhava no último mês		
Nenhuma vez	5,82 ± 0,76	0,204
Menos de 1 vez por semana	5,50 ± 0,86	
Mais de 1 vez por semana	5,62 ± 0,89	
Quociente sexual		
Interesse suficiente para iniciar (homens) ou participar (mulheres) o/do ato sexual ^b		
Menos ou metade das vezes	5,28 ± 0,77	0,001[†]
Maioria das vezes	5,69 ± 0,77	
Sempre	6,05 ± 0,80	
Desempenho sexual (homens) ou satisfação sexual (mulheres) à ponto de dar vontade de fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades (homens) ou em outros dias (mulheres)		
Menos ou metade das vezes	5,42 ± 0,71	0,073
Maioria das vezes	5,68 ± 0,86	
Sempre	5,92 ± 0,82	

[†] Diferença estatística significativa (p < 0,05)

^b Diferença estatisticamente significante entre todas as categorias (p < 0,05)

Com relação à escala DSQ-40, houve correlação significativa positiva entre o fator maduro como grupo e a escala de felicidade. O fator imaturo como grupo se relacionou negativamente com os escores de felicidade, e esta correlação foi significativa. Na análise de cada estilo defensivo, correlações significativas positivas com os escores de felicidade foram observadas entre os seguintes estilos: antecipação, humor, supressão, racionalização e idealização. Por outro lado, correlações significativas negativas com o escore de felicidade foram observadas entre os seguintes estilos: anulação, projeção, agressão passiva, *acting out*, fantasia autística, deslocamento e somatização. (Tabela 9).

Tabela 9. Correlações da escala geral de felicidade e a escala DSQ-40

Domínios da escala DSQ-40	Correlação com a escala de felicidade ^a	p-valor
Maduro	0,357	<0,001 [†]
Neurótico	0,017	0,868
Imaturo	-0,386	<0,001 [†]
Estilos de defesa		
Fator Maduro		
Antecipação	0,272	0,005 [†]
Humor	0,340	<0,001 [†]
Supressão	0,304	0,002 [†]
Sublimação	-0,099	0,318
Fator Neurótico		
Pseudo- altruísmo	-0,040	0,687
Idealização	0,224	0,028 [†]
Formação reativa	0,125	0,207
Anulação	-0,244	0,013 [†]
Fator Imaturo		
Projeção	-0,260	0,008 [†]
Agressiva passiva	-0,263	0,007 [†]
<i>Acting out</i>	-0,351	<0,001 [†]
Isolamento	-0,154	0,118
Desvalorização	-0,038	0,700
Fantasia autística	-0,396	<0,001 [†]
Negação	0,187	0,057
Deslocamento	-0,326	<0,001 [†]
Dissociação	0,097	0,329
Cisão	-0,084	0,399
Racionalização	0,260	0,008 [†]
Somatização	-0,443	<0,001 [†]

^a Coeficiente de correlação de Pearson

[†] Diferença estatística significativa ($p < 0,05$)

A Tabela 10 mostra outras correlações que foram feitas. Porém nenhuma delas mostrou significância estatística.

Tabela 10. Associação entre as atividades *Flow* e os escores DSQ-40, renda e idade.

Variáveis	Presença de atividade <i>Flow</i>		p-valor
	Sim	Não	
Idade^a	38,9 ± 11,4	42,6 ± 12,9	0,371
Faixa etária			
< 40 anos	58 (68,2%)	4 (44,5%)	0,305
De 40 a 59 anos	19 (22,4%)	3 (33,3%)	
60 anos ou mais	8 (9,4%)	2 (22,2%)	
Renda mensal (em reais)			
Menos de 10.000	16 (17,6%)	2 (18,2%)	0,077
Entre 10.000 e 20.000	50 (54,9%)	3 (27,3%)	
Entre 20.000 e 30.000	16 (17,6%)	2 (18,2%)	
Mais de 30.000	9 (9,9%)	4 (36,4%)	
Domínios do DSQ-40			
Maduro	5,52 ± 1,01	5,46 ± 0,64	0,858
Neurótico	3,70 ± 1,15	3,98 ± 0,98	0,462
Imaturo	3,00 ± 0,90	3,13 ± 0,96	0,660

^a Média (desvio padrão)

6.4.2 - Análise multivariada

Para a análise multivariada foram propostos modelos explicativos para a variação da escala de felicidade, nos quais foram incluídos apenas as variáveis que se mostraram significativas na análise bivariada. Com a análise multivariada, verificou-se quais variáveis permaneciam com relações significativas e se propôs o modelo abaixo.

Tomando como referência o coeficiente de determinação ($R^2 = 0,502$), este modelo se mostrou bastante acurado. Nele, ter filhos ou utilizar os estilos defensivos humor, antecipação ou idealização se relacionou positivamente com a escala de felicidade ao nível 5% de significância. Ter sono ruim/muito ruim, ter interesse suficiente para iniciar o (homens) ou participar do (mulheres) ato sexual menos ou a metade das vezes, ou utilizar os estilos defensivos anulação ou *acting out* se relacionou negativamente com os níveis de felicidade (Tabela 11, Gráficos 1 e 2).

Tabela 11. Regressão linear múltipla da relação entre escala geral de felicidade e os possíveis fatores explicativos.

Fatores	Coefficiente de regressão	p-valor
Modelo ($R^2 = 0,502$)		
Dados sociodemográficos		
Ter filhos		
Não	-	-
Sim	0,314	0,014
Qualidade de Sono		
Muito boa	-	-
Boa	-0,475	0,004
Ruim/ muito ruim	-0,476	0,014
Interesse suficiente para iniciar o (homens) ou participar do (mulheres) ato sexual		
Maioria das vezes ou sempre	-	-
Menos ou metade das vezes	-0,321	0,027
Fator maduro		
Antecipação	0,088	0,050
Humor	0,125	0,003
Fator neurótico		
Idealização	0,105	0,002
Anulação	-0,104	0,003
Fator imaturo		
Acting out	-0,099	0,008

Modelo: Considerando os mecanismos de defesa dos três fatores com ajustes diferentes

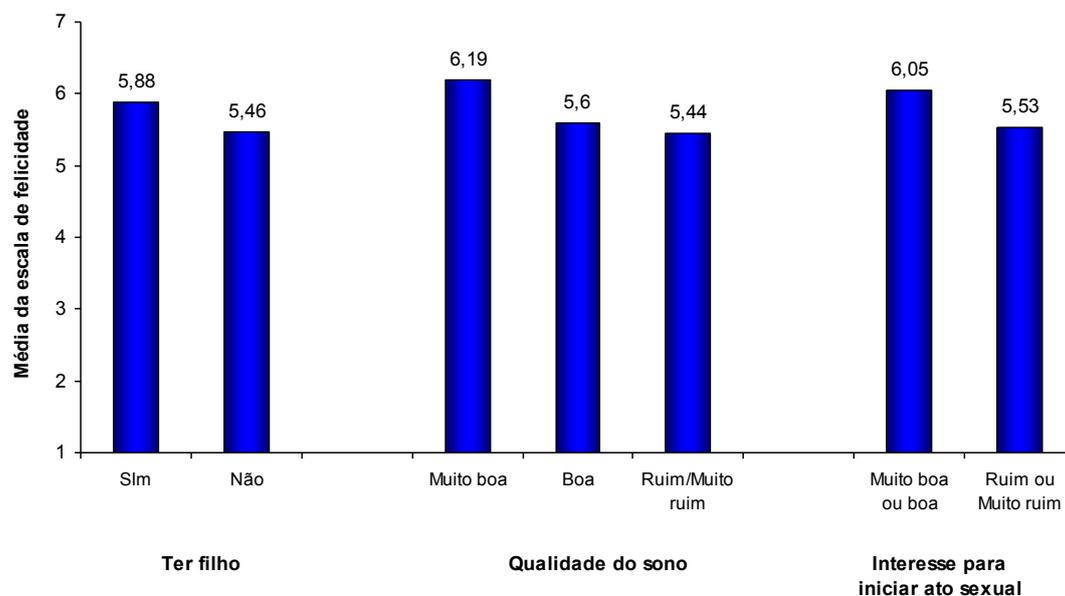


Gráfico 1. Ter filho, ter boa qualidade do sono e ter bom interesse para iniciar ato sexual se relacionou positivamente com índices de felicidade.

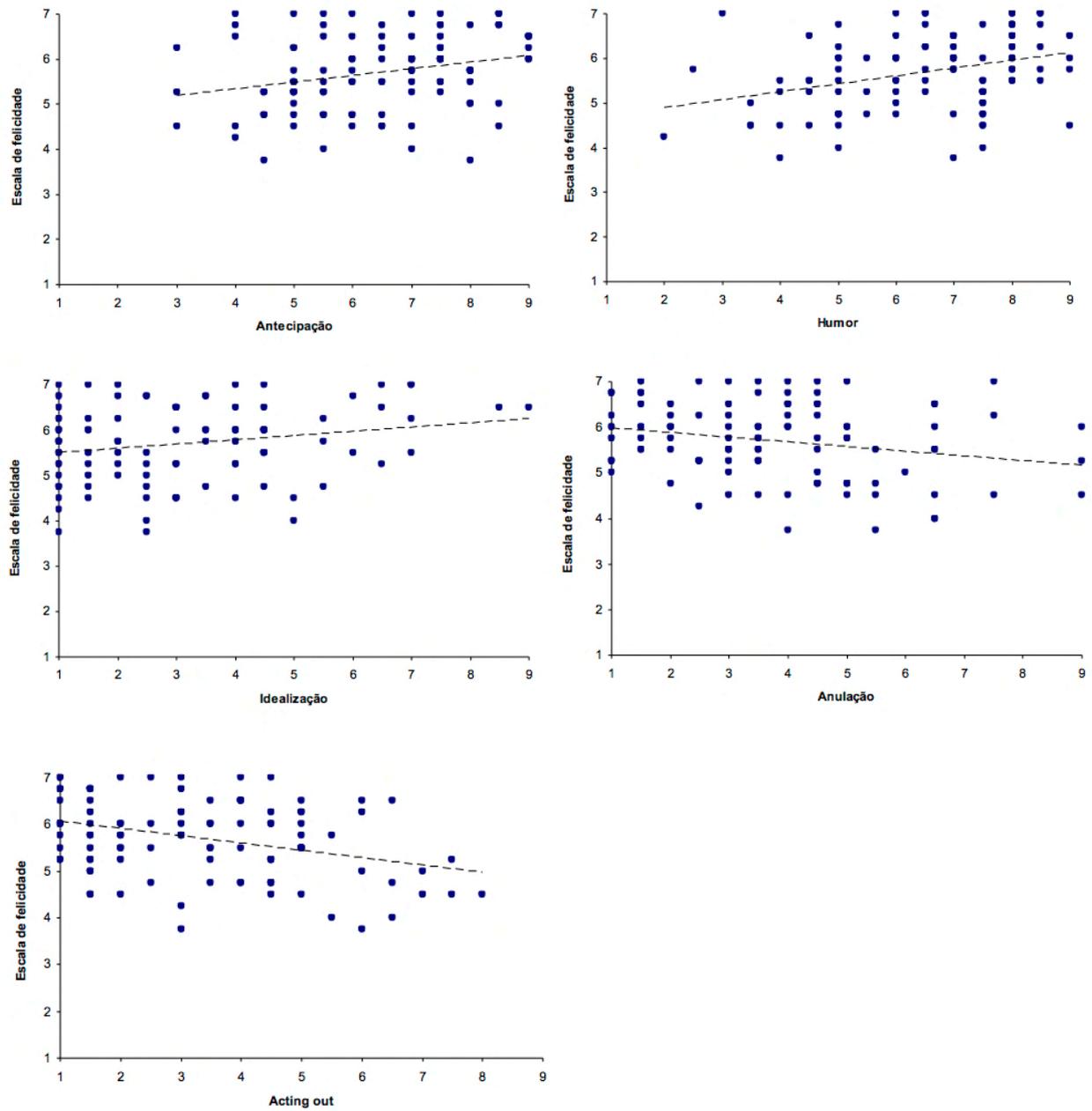


Gráfico 2. Maiores escores nos estilos defensivos do tipo humor, antecipação e idealização se relacionaram positivamente a maiores índices na escala de felicidade, enquanto maiores escores nos estilos defensivos do tipo anulação e *acting out* se relacionaram negativamente com os escores de felicidade.

7 DISCUSSÃO

No presente estudo, avaliamos a felicidade em uma amostra de médicos psiquiatras que atuam no Brasil, bem como os estilos de defesa utilizados por eles, a presença de atividades que levam experiência de *flow* e dados sociodemográficos. Em seguida, verificamos as correlações existentes entre essas variáveis. Ao fazer este trabalho, tentamos avaliar se existe uma parcela de psiquiatras que se sentem felizes, as suas características e que variáveis estão relacionadas a essa sensação de bem-estar subjetivo.

Até o presente momento, não foi encontrado na literatura um estudo que avalie diretamente a felicidade nos médicos psiquiatras e a correlacione com os estilos defensivos, as atividades que levam ao estado de *flow* e vários dados sociodemográficos. Foi encontrado apenas um estudo que avaliou os psiquiatras através de uma escala de satisfação com a vida (BARUCH et al., 2013), uma das primeiras elaboradas dentro do estudo da felicidade (LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999). Isto limitou um pouco as nossas comparações. Por outro lado, justamente por esta ausência, acreditamos que este trabalho vem contribuir com a literatura científica. Em nossa pesquisa, os médicos psiquiatras estudados apresentaram um bom nível de bem-estar subjetivo. A SHS teve média 5,69 de um total de 7. Isso difere do referido estudo, pois esse foi realizado em um hospital psiquiátrico avaliando a satisfação com a vida dos profissionais que lá trabalhavam: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e pessoal administrativo. Juntamente com a equipe de enfermagem, os psiquiatras apresentaram os níveis mais baixos de bem-estar subjetivo (BARUCH et al., 2013). Essa comparação tem algumas limitações pelo fato de os estudos terem algumas diferenças importantes. Apesar de as duas medirem a felicidade, utilizaram instrumentos diferentes. A nossa população foi de 104 psiquiatras, enquanto participaram desse outro estudo apenas 61 psiquiatras. Os psiquiatras da nossa população são de diferentes partes do Brasil e trabalham em várias esferas da psiquiatria, enquanto os psiquiatras desse outro estudo trabalham no mesmo hospital. Além disto, nossa amostra foi constituída por psiquiatras que possuem em sua maioria características ligadas por si mesmas à sensação de bem-estar subjetivo, como ser jovem, praticar atividades físicas e de lazer, ser eutrófico, ser casado, ter boa qualidade de sono e ter bom interesse sexual. De qualquer forma,

recente estudo sobre estilo de vida de psiquiatras publicado pelo *Medscape* mostrou que, embora os médicos sejam um grupo que apresenta altos níveis de estresse, os psiquiatras tiveram a segunda menor prevalência de síndrome *burnout* dentro de várias especialidades, estando muito próximos dos dermatologistas, a especialidade que apresentou a menor taxa de *burnout* (PECKHAM, 2015).

Por outro lado, grande parte da literatura avalia o conceito mais abrangente de qualidade de vida dos médicos, o que limita um pouco nossa comparação. Um deles avaliou a qualidade de vida de médicos anesthesiologistas da cidade do Recife, Brasil, e evidenciou que 44,6% tinha avaliação negativa ou indefinida sobre esse parâmetro (CALUMBI et al., 2010). Em contrapartida, uma pesquisa transversal no estado brasileiro de Minas Gerais que avaliou a qualidade de vida de médicos da estratégia de saúde da família constatou que esta categoria referia uma boa qualidade de vida (SOUZA et al., 2010). Como seja, melhorar a felicidade dos médicos provavelmente ajuda a prevenir síndromes como a de Burnout (BARUCH et al., 2013) e influencia positivamente no tratamento dos pacientes (NURIA; ATTILIO; MARCELA, 2011).

Outro ponto importante em nossa pesquisa foi avaliar estilos de defesa, os quais se relacionam aos processos mentais utilizados pelo indivíduo para resolver os próprios conflitos e são importantes componentes da personalidade por participarem dos padrões de comportamento de cada ser (BLAYA et al., 2007; SILVA, 2013). Utilizar mecanismos de defesa maduros facilita a adaptação ao ambiente e aos relacionamentos interpessoais e isto certamente contribui positivamente para a sensação de bem-estar subjetivo. No nosso estudo, os médicos psiquiatras estudados utilizam mais intensamente os mecanismos considerados maduros, sobretudo humor e antecipação. O fator maduro se relacionou positivamente com os níveis de felicidade, sendo que os fatores humor e antecipação permaneceram significativos em nosso modelo de análise multivariada. O inverso aconteceu com os fatores imaturos, sobretudo o *acting out*. Embora não tenha estudado especificamente felicidade, mas qualidade de vida, um estudo encontrou dados semelhantes em médicos da cidade brasileira de Botucatu (SILVA, 2013). Um dado curioso, porém, foi a associação positiva encontrada na análise multivariada entre a idealização, um mecanismo neurótico de defesa do ego, e felicidade. De certo modo, esta associação corrobora o fato de os mecanismos de defesa neuróticos apresentarem na literatura científica pouca associação com sintomas específicos ou com empobrecimento das relações

sociais (VAILLANT, 1992). Talvez os psiquiatras que idealizem com facilidade, alimentem com mais frequência emoções positivas como gratidão. Por outro lado, idealizar pode ser prejudicial ao facilitar frustrações e decepções quando as altas expectativas impostas por ela não forem alcançadas.

Na literatura, são extensos os dados que ligam positivamente *flow* à felicidade (CSIKSZENTMIHALYI, 1990; NAKAMURA; CSIKSZENTMIHALYI, 2002; CROOM, 2012). *Flow*, ou estado de experiência ótima, diz respeito a uma condição na qual a informação que continua vindo para a consciência flui sem esforço. Não há necessidade de se preocupar, nem há razão para questionamentos. Existe na verdade um feedback positivo e, assim, mais atenção é liberada para lidar com o meio externo e o ambiente interno (CSIKSZENTMIHALYI, 1990). Em nosso estudo, porém, não foi possível encontrar essa associação. Isto também já ocorreu com outro estudo da área da psicologia (GRAZIANO, 2005). As características das amostras podem explicar esta diferença em relação à literatura. No nosso caso, a grande maioria dos psiquiatras relataram atividades que trazem prazer em si mesmas e nas quais conseguem sentir concentração total na maior parte das vezes. Se por um lado isso é positivo, por outro tende a ser o motivo dessa diferença entre o nosso estudo e a literatura.

Encontramos que maiores escores de felicidade estão relacionados positivamente a ter filhos. E essa correlação persistiu na análise multivariada. Recentemente, esse é um tema que vem crescendo. Embora os estudos ainda não sejam unânimes, um trabalho recente utilizando dados longitudinais da Alemanha e do Reino Unido encontrou que os níveis de felicidade aumentam com o nascimento do filho e nos anos próximos ao nascimento. Diminuiria depois de uns anos e seria maior com o nascimento do primeiro filho. Essa felicidade também é maior em pais mais velhos e com maior nível educacional (MYRSKYLÄ; MARGOLIS, 2014). Ter filhos pode contribuir para a felicidade aumentando a presença de afetos positivos como amor, bem como através das idealizações, dos desejos e dos sonhos dos pais em relação aos filhos. Esses fatores parecem sobrepujar outros negativos, como o cansaço físico e a ansiedade.

Ter interesse sexual para iniciar o (no caso de homens) ou para participar do (no caso de mulheres) ato sexual apenas metade das vezes ou menos da metade teve

relação significativa com menores escores de felicidade, inclusive na análise multivariada. Embora não seja exatamente o mesmo construto, dados da literatura demonstram relação positiva entre satisfação sexual, relacionamentos felizes e felicidade (ROSEN; BACHMANN, 2008a). É provável que aqueles que têm menor interesse sexual também tenham menor satisfação sexual.

Má qualidade de sono se relacionou com menor sensação de felicidade. Esta associação permaneceu na análise multivariada. Neste sentido, sabe-se que existe uma forte associação causal nas duas direções entre alterações no ritmo circadiano e transtornos de humor (SCHNELL; ALBRECHT; SANDRELLI, 2014) e, igualmente, é conhecida a relação negativa entre presença de transtornos mentais, e especificamente depressão, e felicidade (BINDER; COAD, 2013). Desta forma, ao mesmo tempo que ter um bom nível de felicidade deve propiciar uma qualidade de sono boa, dormir bem igualmente deve contribuir para a sensação de bem-estar subjetivo.

Extensos estudos já demonstraram a relação positiva entre espiritualidade, religiosidade e envolvimento da religião com saúde física, saúde mental e felicidade (KOENIG et al., 1997; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; KOENIG, 2012). No nosso estudo, porém, encontrou-se relação negativa fraca entre ter religião e felicidade. Esta associação, no entanto, não permaneceu na análise multivariada. Isto talvez tenha acontecido porque, além dos prováveis benefícios independentes da religiosidade (GREEN; ELLIOTT, 2010), fatores ligados à personalidade, incluídos estilos de defesa, devem influenciar essa relação, ou até mesmo neutralizá-la. Recentemente, estudos vêm explorando esta relação interveniente entre aspectos da personalidade, espiritualidade e felicidade (BERTHOLD; RUCH, 2014). Por outro lado, o nosso estudo não utilizou escalas validadas para avaliar índices de espiritualidade; na realidade, perguntou-se sobre ter ou não religião, o que difere sensivelmente do conceito científico de espiritualidade. Além disso, na nossa amostra uma boa parcela, apesar de declarar ter religião, também apontou não ser praticante, o que igualmente deve interferir no resultado. No entanto, é importante relatar ainda um estudo que analisou o envolvimento religioso em pacientes deprimidos do espectro bipolar e encontrou aumento de comportamentos suicidas nos pacientes que tinham maior envolvimento religioso (AZORIN et al., 2013)

A história de ter usado (sem indicação médica) ao longo da vida hipnóticos/sedativos se relacionou na análise bivariada negativamente com a felicidade. Tal associação não persistiu na análise multivariada. Há diversos estudos que mostram dependência química nos médicos, inclusive em psiquiatras (ORES KOVICH et al., 2014; YELLOWLEES et al., 2014). O nosso estudo não teve o escopo de avaliar o diagnóstico de dependência química, até porque pegamos do ASSIST perguntas que exploraram o histórico de uso de várias substâncias, sem especificar se o uso era atual ou se houve problemas de abuso. De qualquer forma, o autor considera digna de nota a alta quantidade de psiquiatras que relataram uso das mais diversas substâncias psicoativas. Recentemente, um estudo do *Medscape* trouxe informação semelhante ao evidenciar que os psiquiatras, juntamente com ortopedistas e cirurgiões plásticos, eram a especialidade médica que mais tinha feito uso de maconha na vida, perdendo apenas para médicos de emergência (PECKHAM, 2015).

Na nossa amostra, não houve diferença dos níveis de felicidade entre as faixas etárias. De um modo geral, porém, a literatura mostra que a felicidade tende a diminuir com a idade (LEHMANN et al., 2013). Certamente, esta diferença se deu pelo fato de nossa amostra ser jovem (médio de idade de 39,3 anos). Curiosamente, porém, durante a coleta dos dados no congresso, percebemos que os psiquiatras mais jovens é que tendiam a responder o questionário com mais facilidade, enquanto muitos psiquiatras mais velhos se recusaram a fazê-lo.

Na literatura, já foi observada a relação positiva entre felicidade e níveis de escolaridade (ALI et al., 2013), realização de atividades de lazer (WANG et al., 2012) e prática de esportes (RUSES KI et al., 2014), bem como relação negativa entre obesidade e bem-estar-subjetivo (GRAHAM, 2008). Essas correlações, no entanto, não foram encontradas em nosso estudo. Certamente, isto aconteceu pela homogeneidade da nossa amostra. Nela foram encontrados altos níveis de escolaridade como um todo, e é provável que apenas com grandes diferenças entre escolaridade e quociente de inteligência é que se encontre diferenças na felicidade. Do mesmo modo, os psiquiatras estudados em sua grande maioria têm atividades de lazer, praticam atividades físicas e são eutróficos.

A felicidade é uma temática fundamental do conhecimento humano. Nos últimos anos, várias áreas vêm adentrando no tema, como a economia (DEVOE;

PFEFFER, 2009), a psicologia (SNYDER; LOPEZ, 2002) e até mesmo o direito (GABARDO; SALGADO, 2014). Nesse sentido, acredita-se que também a psiquiatria deve levar em conta esta questão na pauta de suas pesquisas (CLONINGER, 2006). Isto porque maiores níveis de felicidade estão relacionados a menor adoecimento físico e psíquico, bem como a melhor enfrentamento das adversidades. Por isto, o estudo científico da felicidade traz várias implicações positivas para a psiquiatria e para a psicologia médica.

No entanto, as conclusões deste estudo têm algumas limitações. Em primeiro lugar, nossa pesquisa foi transversal, o que impossibilita encontrar causalidade nas relações. Além disto, tivemos um viés de seleção, já que nossa amostra foi constituída por psiquiatras que estavam presentes no XXXII CBP. É possível que psiquiatras que viajaram para participar de um evento profissional sejam pessoas mais sociáveis e felizes, ou pelo menos estejam em momentos de maior sociabilidade e bem-estar subjetivo. De igual maneira, tivemos um viés de voluntários, uma vez que aqueles que participaram poderiam estar mais motivados e se sentindo bem a ponto de participar da pesquisa. Com esses dois vieses, a população estudada acabou tendo uma homogeneidade de características que por si mesmas estão ligadas à felicidade. Desta forma, não podemos dizer que se trata de uma amostra que representa a totalidade dos médicos psiquiatras que trabalham no Brasil, mas apenas uma parte. Assim, temos limitações de validade externa em nossos resultados. Para minimizar isto, no entanto, procuramos fazer uma análise estatística rigorosa o que nos permitiu encontrar na análise multivariada relações acuradas a partir de um modelo com bom coeficiente de determinação. Acreditamos que futuros estudos com amostras maiores e constituídas de forma probabilística poderão ampliar e generalizar os resultados que encontramos.

8 CONCLUSÃO

Apesar de os psiquiatras estarem sob risco de adoecimento, a população de psiquiatras estudada apresenta bom escore de felicidade. Eles utilizam mais intensamente estilos de defesa considerados maduros, sobretudo humor e antecipação, e a grande maioria tem atividades que levam à experiência de *flow*.

Nesses psiquiatras estudados, ter filhos, boa qualidade de sono, bom interesse sexual, bem como utilizar estilos de defesa do tipo antecipação, humor e idealização se relacionou positivamente com os escores de felicidade. Por outro lado, utilizar estilos de defesa do tipo anulação e *acting out* teve correlação negativa com os escores de felicidade. Além disso, neste estudo, atividades que levam à experiência de *flow* não mostraram relação estatisticamente significativa com os escores de felicidade.

Por fim, ressalta-se que a população de psiquiatras estudada teve o seguinte perfil sociodemográfico: média de 39,3 anos de idade; um pouco mais da metade era do sexo feminino; a maior parte tinha feito residência em psiquiatria; a maioria era casada ou tinha união estável; um pouco mais da metade tinha pelo menos um filho; um pouco mais da metade tinha renda mensal na faixa de 10 a 20 mil reais; a maioria tinha religião, embora somente a metade dos que tinham eram praticantes da religião; a metade trabalhava mais do que 40 horas semanais; todos tinham atividades de lazer; a maior parte era eutrófica e praticava atividade física 3 ou mais vezes por semana; a maioria tinha uma boa ou muito boa qualidade de sono; ao longo da vida, a maioria tinha consumido bebida alcoólica e um quarto, maconha; e grande parte tinha bom interesse sexual.

9 REFERÊNCIAS

- ABDEL-KHALEK, A. M. Quality of life, subjective well-being, and religiosity in Muslim college students. **Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation**, v. 19, n. 8, p. 1133–43, out. 2010.
- ABDEL-KHALEK, A. M. Subjective well-being and religiosity in Egyptian college students. **Psychological reports**, v. 108, n. 1, p. 54–8, fev. 2011.
- ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do quociente sexual - versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Rev Bras Med**, v. 63, n. 9, p. 477–482, 2006a.
- ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do quociente sexual - versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. **Rev Bras Med**, v. 63, n. 1/2, p. 42–46, 2006b.
- ABDO, C. H. N. Quociente sexual feminino : um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagn Tratamento**, v. 14, n. 2, p. 89–91, 2009.
- ALI, A. et al. The relationship between happiness and intelligent quotient: the contribution of socio-economic and clinical factors. **Psychological medicine**, v. 43, n. 6, p. 1303–12, jun. 2013.
- ALLEN, D.; CARLSON, D.; HAM, C. Well-being: new paradigms of wellness-inspiring positive health outcomes and renewing hope. **American journal of health promotion : AJHP**, v. 21, n. 3, p. 1–9, iii, 2007.
- ALLMARK, P. Health, happiness and health promotion. **Journal of applied philosophy**, v. 22, n. 1, p. 1–15, jan. 2005.
- ANDREWS, G. The Determination of Defense Style by Questionnaire. **Archives of General Psychiatry**, v. 46, n. 5, p. 455, 1 maio 1989.
- ANDREWS, G.; SINGH, M.; BOND, M. The Defense Style Questionnaire. **Journal of Nervous & Mental Disease**, v. 181, n. 4, p. 285–290, 1993.
- ANGNER, E. et al. Health and happiness among older adults: a community-based study. **Journal of health psychology**, v. 14, n. 4, p. 503–12, maio 2009.
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fourth edition - DSM-IV**. 4th ed. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1994.
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5th ed. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. p. 122
- ARISTÓTELES. **Ética à Nicômaco**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 280

AZEVEDO, R. et al. Bem-estar psicológico e adolescência : fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1113–1118, 2007.

AZORIN, J.-M. et al. Religious involvement in major depression: protective or risky behavior? The relevance of bipolar spectrum. **Journal of affective disorders**, v. 150, p. 753–759, 2013.

BALLINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BARAK, Y. The immune system and happiness. **Autoimmunity reviews**, v. 5, n. 8, p. 523–7, out. 2006.

BARAK, Y.; ACHIRON, A. Happiness and neurological diseases. **Expert Review of Neurotherapeutics**, v. 9, n. 4, p. 445, 2009.

BARUCH, Y. et al. Staff happiness and work satisfaction in a tertiary psychiatric centre. **Occupational medicine (Oxford, England)**, v. 63, n. 6, p. 442–4, set. 2013.

BEKHET, A. K.; ZAUSZNIIEWSKI, J. A; NAKHLA, W. E. Happiness: theoretical and empirical considerations. **Nursing forum**, v. 43, n. 1, p. 12–23, 2008.

BERRIDGE, K. C.; KRINGELBACH, M. L. Building a neuroscience of pleasure and well-being. **Psychology of well-being**, v. 1, n. 1, p. 1–3, 24 out. 2011.

BERTHOLD, A.; RUCH, W. Satisfaction with life and character strengths of non-religious and religious people: it's practicing one's religion that makes the difference. **Frontiers in psychology**, v. 5, n. August, p. 876, jan. 2014.

BERTI, M. et al. Sentimento de felicidade em idosos : uma abordagem epidemiológica , ISA-Camp 2008. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2280–2292, 2012.

BERTOLAZI, A. N.; ALEGRE, P. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade de sono**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

BINDER, M.; COAD, A. “I’m afraid I have bad news for you...” Estimating the impact of different health impairments on subjective well-being. **Social science & medicine (1982)**, v. 87, p. 155–67, jul. 2013.

BISHOP, A. J. et al. Predicting happiness among centenarians. **Gerontology**, v. 56, n. 1, p. 88–92, jan. 2010.

BJØRNSKOV, C. Healthy and happy in Europe? On the association between happiness and life expectancy over time. **Social science & medicine (1982)**, v. 66, n. 8, p. 1750–9, abr. 2008.

BLANCHFLOWER, D. G.; OSWALD, A. J. Hypertension and happiness across nations. **Journal of health economics**, v. 27, n. 2, p. 218–33, mar. 2008.

BLAYA, C. et al. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure : a preliminary study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 255–258, 2004.

BLAYA, C. et al. Brazilian–Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. **Psychotherapy Research**, v. 17, n. 3, p. 261–270, maio 2007.

BOND, M. et al. Empirical study of self-rated defense styles. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. **Arch Gen Psychiatry**., v. 40, n. 3, p. 333–338, 1983.

BORGONOVI, F. Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. **Social science & medicine** (1982), v. 66, n. 11, p. 2321–34, jun. 2008.

BOTEGA, N. J. Relação médico-paciente. In: BOTEGA, N. J. (Ed.). . **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 33–45.

BOWINS, B. Psychological defense mechanisms: a new perspective. **The American Journal of Psychoanalysis**, v. 64, n. 1, p. 1–26, 2004.

BOYCE, C. J.; WOOD, A. M. Money or mental health: the cost of alleviating psychological distress with monetary compensation versus psychological therapy. **Health economics, policy, and law**, v. 5, n. 4, p. 509–16, out. 2010.

BRASSEUR, S. et al. The Profile of Emotional Competence (PEC): development and validation of a self-reported measure that fits dimensions of emotional competence theory. **PloS one**, v. 8, n. 5, p. e62635, jan. 2013.

BRAY, I.; GUNNELL, D. Suicide rates, life satisfaction and happiness as markers for population mental health. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 41, n. 5, p. 333–7, maio 2006.

CAIXETA, L.; NITRINI, R. Teoria da Mente : Uma Revisão com Enfoque na sua Incorporação pela Psicologia Médica. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, n. 1, p. 105–112, 2002.

CALUMBI, R. A. et al. Avaliação da Qualidade de Vida dos Anestesiologistas da Cidade do Recife * Evaluation of the Quality of Life of Anesthesiologists in the City. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 60, n. 1, p. 42–51, 2010.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente : repensando o vínculo terapêutico. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139–146, 2004.

CHAN, S. S. C. et al. Hong Kong Chinese community leaders' perspectives on family health, happiness and harmony: a qualitative study. **Health education research**, v. 26, n. 4, p. 664–74, ago. 2011.

CHEN, H. et al. The MAOA gene predicts happiness in women. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 40, p. 122–125, 2013.

CHRISTAKIS, N. A; FOWLER, J. H. Social contagion theory: examining dynamic social networks and human behavior. **Statistics in medicine**, v. 32, n. 4, p. 556–77, 20 fev. 2013.

CHVATAL, V. L.; BÖTTCHER-LUIZ, F.; TURATO, E. Respostas ao adoecimento : mecanismos de defesa utilizados por mulheres com síndrome de Turner e variantes. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 2, p. 43–47, 2008.

CLONINGER, C. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. **World Psychiatry**, v. 5, n. 2, p. 71–76, 2006.

CLONINGER, C. R.; ZOHAR, A. H. Personality and the perception of health and happiness. **Journal of affective disorders**, v. 128, n. 1-2, p. 24–32, jan. 2011.

CLONINGER, C.; SVRAKIC, D. M.; PRZYBECK, T. R. A Psychobiological Model of Temperament and Character. **Arch Gen Psychiatry.**, v. 50, p. 1975–1990, 1993.

COHEN, C.; MARCOLINO, J. A. M. Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 4, p. 363–368, 2008.

COHEN, D.; MARFELL, N.; GREENE, G. Standards for “Health for Health Professionals” services in the UK. **Occupational medicine (Oxford, England)**, v. 64, n. 2, p. 126–32, mar. 2014.

COLLINS, A. L.; GOLDMAN, N.; RODRÍGUEZ, G. Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults? **The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences**, v. 63, n. 6, p. P321–7, nov. 2008.

COOPER, C. et al. Happiness across age groups: results from the 2007 National Psychiatric Morbidity Survey. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 26, n. 6, p. 608–14, jun. 2011.

CROOM, A. M. Music, neuroscience, and the psychology of well-being: a précis. **Frontiers in psychology**, v. 2, n. January, p. 393, jan. 2012.

CSIKSZENTMIHALYI, M. **Flow: the psychology of optimal experience**. New York: Harper- Collins Publishers, 1990.

DALGALARRONDO, P. A personalidade e suas alterações. In: DALGALARRONDO, P. (Ed.). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 257–276.

DAMÁSIO, B. F.; ZANON, C.; KOLLER, S. H. Validation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Subjective Happiness Scale. **Universitas Psychologica**, v. 13, n. 1, p. 17–24, 1 maio 2014.

- DE MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. 9. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 257
- DE NEVE, J.-E. Functional polymorphism (5-HTTLPR) in the serotonin transporter gene is associated with subjective well-being: evidence from a US nationally representative sample. **Journal of human genetics**, v. 56, n. 6, p. 456–9, jun. 2011.
- DE NEVE, J.-E. et al. Genes, Economics, and Happiness. **J Neurosci Psychol Econ**, v. 5, n. 4, p. 1–27, 2012.
- DEVOE, S. E.; PFEFFER, J. When is happiness about how much you earn? The effect of hourly payment on the money-happiness connection. **Personality & social psychology bulletin**, v. 35, n. 12, p. 1602–18, dez. 2009.
- DEWALD, P. A. **Psicoterapia: uma abordagem dinâmica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. p. 335
- DIAZ, E.; GUEVARA, R.; LIZANA, J. Trabajo informal: motivos, bienestar subjetivo, salud, y felicidad en vendedores ambulantes. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 4, p. 693–701, 2008.
- DIENER, E.; EMMONS, R. The satisfaction with life scale. **Journal of personality ...**, n. June 2013, p. 37–41, 1985.
- DOHERTY, A M.; KELLY, B. D. When Irish eyes are smiling: income and happiness in Ireland, 2003-2009. **Irish journal of medical science**, v. 182, n. 1, p. 113–9, mar. 2013.
- EISENBERG, D. et al. Social contagion of mental health: evidence from college roommates. **Health economics**, v. 986, n. October 2012, p. 965–986, 2013.
- FADIMAN, J.; FRAGER, R. **Personalidade e crescimento pessoal**. 5. ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FARZIANPOUR, F. et al. An Estimate of Happiness among Students of Tehran University of Medical Sciences : A Means for Policy Making In Management of Health System. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 13, n. 11, p. 841–843, 2011.
- FERRAZ, R.; TAVARES, H.; ZILBERMAN, M. Happiness: a review. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 5, p. 234–242, 2007.
- FIEDLER, P. T. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2008.
- FOWLER, J. H.; CHRISTAKIS, N. A. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 337, p. a2338, jan. 2008.

FREDRICKSON, B. L. et al. A functional genomic perspective on human well-being. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 110, n. 33, p. 13684–9, 13 ago. 2013.

FREUD, A. **The Ego and the Mechanisms of Defence**. London: Karnac Books, 1936.

FREUD, S. As Neuropsicoses de Defesa. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Volume III (1893-1899), Primeiras publicações psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Imago, 1894. v. IIIp. 51–74.

FREUD, S. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Volume III (1893-1899), Primeiras publicações psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Imago, 1896a. p. 159–186.

FREUD, S. Etiologia da histeria. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Volume III (1893-1899), Primeiras publicações psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Imago, 1896b. p. 187–218.

GABARDO, E.; SALGADO, E. D. **Direito, felicidade e justiça**. 1.ed. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2014. p. 278

GANNA, K. et al. Relationship between life satisfaction and physical health in older adults: a longitudinal test of cross-lagged and simultaneous effects. **Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association**, v. 32, n. 8, p. 896–904, ago. 2013.

GRAHAM, C. Happiness And Health : lessons and questions for public policy. **Health affairs**, v. 27, n. 1, p. 72–87, 2008.

GRAHAM, C.; HIGUERA, L.; LORA, E. Wich health conditions cause the most unhappiness? **Health economics**, v. 1447, n. November 2010, p. 1431–1447, 2011.

GRAZIANO, L. D. **A felicidade revisitada: um estudo sobre bem-estar subjetivo na visão da psicologia positiva**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2005.

GREEN, M.; ELLIOTT, M. Religion, health, and psychological well-being. **Journal of religion and health**, v. 49, n. 2, p. 149–63, jun. 2010.

GRUBER, J. et al. Happiness is best kept stable: positive emotion variability is associated with poorer psychological health. **Emotion (Washington, D.C.)**, v. 13, n. 1, p. 1–6, fev. 2013.

GUILHERME, J.; ALVES, B. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso : avaliação pelo Quality of life among first and last-year medical students : an evaluation using Whoqol-bref. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 91–96, 2010.

- HENRIQUE, I. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 2, p. 199–206, 2004.
- HERSHBERGER, P. J. Prescribing Happiness: Positive psychology and family Medicine. **Family Medicine**, v. 37, n. 9, p. 630–634, 2005.
- INTENSIVISTAS, E.; NEONATALES, P. Y. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 708–712, 2010.
- IZQUIERDO, C. When “health” is not enough: societal, individual and biomedical assessments of well-being among the Matsigenka of the Peruvian Amazon. **Social science & medicine (1982)**, v. 61, n. 4, p. 767–83, ago. 2005.
- JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. **Manual de psicologia médica**. São Paulo: Durban, 1989.
- JUDGE, T. A; ILIES, R.; DIMOTAKIS, N. Are health and happiness the product of wisdom? The relationship of general mental ability to educational and occupational attainment, health, and well-being. **The Journal of applied psychology**, v. 95, n. 3, p. 454–68, maio 2010.
- KANG, Y.; GRUBER, J. Harnessing happiness? Uncontrollable positive emotion in bipolar disorder, major depression, and healthy adults. **Emotion (Washington, D.C.)**, v. 13, n. 2, p. 290–301, abr. 2013.
- KARLSSON, M.; LYTTKENS, C. H.; NILSSON, T. Health. Happiness. Inequality. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 10, n. 5, p. 1–6, 2010.
- KEETON, K. et al. **Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. Obstetrics and gynecology**, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400859>>
- KIPPER, L. D. C. **Avaliação de mecanismos de defesa em pacientes com transtorno de pânico, sua relação com gravidade, resposta ao tratamento e alteração pós-tratamento**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.
- KOBAU, R. et al. Mental health promotion in public health: perspectives and strategies from positive psychology. **American journal of public health**, v. 101, n. 8, p. e1–9, ago. 2011.
- KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN psychiatry**, v. 2012, p. 278730, jan. 2012.
- KOENIG, H. G. . et al. Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological indicators of immune function in older adults . **Int J Psychiatry Med**, v. 27, p. 233–250, 1997.

- KUSNETZOFF, J. C. Noções de metapsicologia freudiana. In: **Introdução à psicopatologia psicanalítica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
- LAM, W. W. T. et al. Perspectives on family health, happiness and harmony (3H) among Hong Kong Chinese people: a qualitative study. **Health education research**, v. 27, n. 5, p. 767–79, out. 2012.
- LARANJEIRA, C. A. Preliminary validation study of the Portuguese version of the satisfaction with life scale. **Psychology, health & medicine**, v. 14, n. 2, p. 220–6, mar. 2009.
- LAYOUS, K. et al. **Delivering happiness: translating positive psychology intervention research for treating major and minor depressive disorders**. **Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)**, ago. 2011.
Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21721928>>
- LEGHA, R. A history of physician suicide in America. **J Med Humanit.**, v. 33, n. 4, p. 219–244, 2012.
- LEHMANN, B. A et al. Ageing with an intellectual disability: the impact of personal resources on well-being. **Journal of intellectual disability research : JIDR**, v. 57, n. 11, p. 1068–78, nov. 2013.
- LLOBET, M. et al. Qualidade de vida , felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais , atendidos num programa de atenção domiciliária. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 08 telas, 2011.
- LOURENÇÃO, L.; MOSCARDINI, A.; SOLER, Z. Saúde e qualidade de vida de MédiCos Residentes. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 5, p. 81–91, 2010.
- LYUBOMIRSKY, S.; KING, L.; DIENER, E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? **Psychological bulletin**, v. 131, n. 6, p. 803–55, nov. 2005.
- LYUBOMIRSKY, S.; LEPPER, H. S. A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. **Social Indicators Research**, v. 46, n. 2, p. 137–155, 1999.
- MAHON, N. E.; YARCHESKI, A.; YARCHESKI, T. J. Happiness as related to gender and health in early adolescents. **Clinical nursing research**, v. 14, n. 2, p. 175–90, maio 2005.
- MARQUES, A. C. I. **Mecanismos de defesa do ego, apoio social e auto-percepção do envelhecimento em adultos mais velhos**. [s.l.] Universidade de Lisboa, 2012.
- MATSUNAGA, M. et al. Genetic variations in the human cannabinoid receptor gene are associated with happiness. **PLoS one**, v. 9, n. 4, p. e93771, jan. 2014.
- MCCLAFFERTY, H.; BROWN, O. Physician health and wellness. **Pediatrics**, v. 134, n. 4, p. 830–835, 2014.

MELEGARI, M. G. et al. Application of the seven-factor-model of personality to an Italian preschool sample. **Psychiatry investigation**, v. 11, n. 4, p. 419–29, out. 2014.

MELEIRO, A. M. A. DA S. **O médico como paciente**. 1. ed. São Paulo: Lemos-Editorial, 2001. p. 271

MITCHELL, L. et al. The geography of happiness: connecting twitter sentiment and expression, demographics, and objective characteristics of place. **PloS one**, v. 8, n. 5, p. e64417, jan. 2013.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F.; KOENIG, H. Religiousness and Mental Health: a review Religiosidade e Saúde Mental: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 919, p. 242–250, 2006.

MUNIZ, J. R.; CHAZAN, L. F. Ensino de psicologia médica. In: MELLO-FILHO, J. DE; BURD, M. (Eds.). **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 49–56.

MYRSKYLÄ, M.; MARGOLIS, R. Happiness after and before child. **Demography**, v. 51, n. 5, p. 1853–1866, 2014.

NAKAMURA, J.; CSIKSZENTMIHALYI, M. The concept of flow. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. (Eds.). **Handbook of positive psychology**. New York: Oxford, 2002. p. 89–106.

NASIO, J.-D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

NOGUEIRA, A. B.; OLIVEIRA, C. F. A. DE; REGO, S. R. M. Fontes teóricas da psicologia médica. In: BRASIL, M. A. A. et al. (Eds.). **Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 13–18.

NURIA, P. G.; ATTILIO, R. R.; MARCELA, B. C. Aplicando psicología positiva en educación médica. **Rev Med Chile**, v. 139, p. 941–949, 2011.

ORESKOVICH, M. et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. **Am J Addict**, p. 1–9, 2014.

OSHIO, T.; KOBAYASHI, M. Income inequality, perceived happiness, and self-rated health: evidence from nationwide surveys in Japan. **Social science & medicine** (1982), v. 70, n. 9, p. 1358–66, maio 2010.

PADELA, A. I.; HEISLER, M. The association of perceived abuse and discrimination after September 11, 2001, with psychological distress, level of happiness, and health status among Arab Americans. **American journal of public health**, v. 100, n. 2, p. 284–91, fev. 2010.

PAIS-RIBEIRO, J. L. Validação transcultural da escala de felicidade subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 13, n. 2, p. 157–168, 2012.

PAREKH, M. A. et al. Ego defense mechanisms in Pakistani medical students : a cross sectional analysis. **BMC Psychiatry**, v. 10, n. 12, 2010.

PECKHAM, C. **Medscape Psychiatrist Lifestyle Report 2015**. Disponível em: <<http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2015/psychiatry?src=emailthis#1>>.

PIKO, B. F. **Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey**. **International journal of nursing studies**, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15964005>>

PIQUERAS, J. A et al. Happiness and health behaviours in Chilean college students: a cross-sectional survey. **BMC public health**, v. 11, p. 443, jan. 2011.

PLATÃO, Fedro. 3. ed. Belém: ed.ufpa, 2011.

POST, S. G. Altruism, happiness, and health: it's good to be good. **International journal of behavioral medicine**, v. 12, n. 2, p. 66–77, jan. 2005.

PROULX, C. M.; SNYDER-RIVAS, L. A. The longitudinal associations between marital happiness, problems, and self-rated health. **Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)**, v. 27, n. 2, p. 194–202, abr. 2013.

PUREZA, R.; HELENA, C.; KUHN, C. Psicologia positiva no Brasil : uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 8, n. 2, p. 109–117, 2012.

RIETVELD, C.; CESARINI, D. Molecular genetics and subjective well-being. **Proceedings of the ...**, v. 110, n. 24, p. 9692–9697, 2013.

ROSEN, R.; BACHMANN, G. Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: the case for a new conceptual paradigm. **Journal of sex & marital therapy**, v. 34, n. 4, p. 291–7; discussion 298–307, jan. 2008a.

ROSEN, R. C.; BACHMANN, G. A. Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: the case for a new conceptual paradigm. **Journal of sex & marital therapy**, v. 34, n. 4, p. 291–7; discussion 298–307, jan. 2008b.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

RUSESKI, J. E. et al. Sport participation and subjective well-being: instrumental variable results from German survey data. **Journal of physical activity & health**, v. 11, n. 2, p. 396–403, fev. 2014.

RYFF, C. D.; SINGER, B. H.; DIENBERG LOVE, G. Positive health: connecting well-being with biology. **Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences**, v. 359, n. 1449, p. 1383–94, 29 set. 2004.

SADLER, M. E. et al. Subjective wellbeing and longevity: a co-twin control study. **Twin research and human genetics : the official journal of the International Society for Twin Studies**, v. 14, n. 3, p. 249–56, jun. 2011.

SAHRAIAN, A. et al. Association between religiosity and happiness among a group of Muslim undergraduate students. **Journal of religion and health**, v. 52, n. 2, p. 450–3, jun. 2013.

SANDVIK, E.; DIENER, E.; SEIDLITZ, L. Subjective well-being: The convergence and stability of self-report and non-self-report measures. **Journal of Personality**, v. 61, n. 3, p. 317–342, 1993.

SCHATZ, E. et al. The impact of pensions on health and wellbeing in rural South Africa: Does gender matter? **Social science & Medicine**, v. 75, p. 1864–1873, 2012.

SCHESTATSKY, S. Desenvolvimento e estruturação da personalidade. In: BRASIL, M. A. A. et al. (Eds.). . **Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 26–31.

SCHILD, A. H. E. et al. Ethnicity moderates the association between 5-HTTLPR and national suicide rates. **Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research**, v. 18, n. 1, p. 1–13, jan. 2014.

SCHNELL, A.; ALBRECHT, U.; SANDRELLI, F. Rhythm and mood: relationships between the circadian clock and mood-related behavior. **Behavioral neuroscience**, v. 128, n. 3, p. 326–43, jun. 2014.

SCORSOLINI-COMIN, F.; DOS SANTOS, M. A. Psicologia Positiva e os Instrumentos de Avaliação no Contexto Brasileiro. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 23, n. 3, p. 440–448, 2010.

SÊNECA. **Da vida retirada, Da tranquilidade da alma e Da felicidade**. 1. ed. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2009.

SILVA, B. C. DA. **Psicodinâmica e qualidade de vida do médico : um estudo transversal em Botucatu-SP**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2013.

SMITH, D. M. et al. Health, wealth, and happiness: financial resources buffer subjective well-being after the onset of a disability. **Psychological science**, v. 16, n. 9, p. 663–6, set. 2005.

SNYDER, C.; LOPEZ, S. Bem-vindo à psicologia positiva. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (Eds.). . **Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas**. Porto Alegre: Artmed, 2009a. p. 17–33.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. **Handbook of Positive Psychology**. 1.ed. ed. New York: Oxford University Press, 2002.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. Mindfulness, flow e espiritualidade: em busca das melhores experiências. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (Eds.). . **Psicologia**

positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. Porto Alegre: Artmed, 2009b. p. 222–238.

SONENREICH, C.; ESTEVÃO, G. **O que psiquiatras fazem: ensaios.** 1. ed. São Paulo: Casa Editorial Lemos, 2007. p. 368

SOUZA, S. DE et al. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 189–197, 2010.

STEPTOE, A. et al. Distinctive biological correlates of positive psychological well-being in older men and women. **Psychosomatic medicine**, v. 74, n. 5, p. 501–8, jun. 2012.

STEPTOE, A.; WARDLE, J.; MARMOT, M. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. **PNAS**, v. 102, n. 18, p. 6508–6512, 2005.

STRANDBERG, T. E. et al. Chocolate, well-being and health among elderly men. **European journal of clinical nutrition**, v. 62, n. 2, p. 247–53, fev. 2008.

SUBRAMANIAN, S. V; KIM, D.; KAWACHI, I. Covariation in the socioeconomic determinants of self rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. **Journal of epidemiology and community health**, v. 59, n. 8, p. 664–9, ago. 2005.

TAVARES, H. Perspectivas futuras dos transtornos da personalidade. In: LOUZÃ NETO, M. R.; CORDÁS, T. A. (Eds.). . **Transtornos da personalidade.** Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 337–352.

TAVARES, H.; FERRAZ, R. Transtornos da Personalidade. In: MIGUEL, E. C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W. F. (Eds.). . **Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.** São Paulo: Manole, 2011. p. 1051–1064.

TAY, L.; KUYKENDALL, L. Promoting happiness: the malleability of individual and societal subjective wellbeing. **International journal of psychology : Journal international de psychologie**, v. 48, n. 3, p. 159–76, jan. 2013.

TEMPSKI, P. et al. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. **BMC medical education**, v. 12, n. 106, p. 1–8, jan. 2012.

TESSIER, P.; LELORAIN, S.; BONNAUD-ANTIGNAC, A. A comparison of the clinical determinants of health-related quality of life and subjective well-being in long-term breast cancer survivors. **European journal of cancer care**, v. 21, n. 5, p. 692–700, set. 2012.

VAILLANT, G. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. **Archives of General Psychiatry**, v. 24, n. 2, p. 107–118, 1971.

VAILLANT, G. Adaptive mental mechanisms. Their Role in a Positive Psychology. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 89–98, 2000.

VAILLANT, G. E. **Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers**. First Edit ed. New York: American Psychiatric Press, 1992.

VAN CAMPEN, C.; DE BOER, A. H.; IEDEMA, J. Are informal caregivers less happy than noncaregivers? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary work. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 27, n. 1, p. 44–50, mar. 2013.

VAYALILKAROTTU, J. Holistic health and well-being: a psycho-spiritual/religious and theological perspective. **Asian journal of psychiatry**, v. 5, n. 4, p. 347–50, dez. 2012.

VEENHOVEN, R. Questions on happiness: Classical topics , modern answers , blind spots. In: STRACK, F.; ARGYLE, M.; SCHWARZ, N. (Eds.). . **Subjective wellbeing, an interdisciplinary perspective**. London: Pergamon Press, 1991. v. Pergamon Pp. 7–26.

VEENHOVEN, R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. **Journal of Happiness Studies**, v. 9, n. 3, p. 449–469, 28 fev. 2007.

VENTEGODT, S. et al. The life mission theory VII. Theory of existential (Antonovsky) coherence: a theory of quality of life, health, and ability for use in holistic medicine. **TheScientificWorldJournal**, v. 5, p. 377–89, 6 maio 2005.

WANG, F. et al. Long-term association between leisure-time physical activity and changes in happiness: analysis of the Prospective National Population Health Survey. **American journal of epidemiology**, v. 176, n. 12, p. 1095–100, 15 dez. 2012.

WHO. **The world health report 2001. Mental Health: new understanding, new hope**. Geneva: World Health Organization, 2001. p. 5

WIKMAN, A.; WARDLE, J.; STEPTOE, A. Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: a cross-sectional population based study. **PloS one**, v. 6, n. 4, p. e18952, jan. 2011.

WINTON, B. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. **Policy**, v. 27, n. 3, p. 60–61, 2011.

WOO, Y. S. et al. Relationship of temperament and character in remitted depressed patients with suicidal ideation and suicide attempts-results from the CRESCEND study. **PloS one**, v. 9, n. 10, p. e105860, jan. 2014.

YELLOWLEES, P. M. et al. Psychiatrists With Substance Use Disorders: Positive Treatment Outcomes From Physician Health Programs. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**, v. oct, n. 1, 1 out. 2014.

ZIMERMAN, D. **Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 471

10 APÊNDICES

10.1 - Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Felicidade, flow e mecanismos de defesa do ego nos médicos psiquiatras, que está sob a responsabilidade do pesquisador Leonardo Machado Tavares, residente à rua Setúbal, 1597, apto.601, Boa Viagem, Recife/PE, CEP 51130-010, telefone para contato 81 91369133, e-mail: leomachadot@gmail.com; e está sob a orientação de: Amaury Cantilino da Silva Júnior. Telefones para contato: 81 3463-4706, e-mail: cantilino@yahoo.com.br

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o(a) senhor(a) não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando, para que o(a) senhor(a) esteja bem esclarecido(a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma. Também garantimos que o(a) senhor(a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Nossos objetivos ao realizar esta pesquisa são de avaliar o nível de felicidade dos médicos psiquiatras do Brasil, relacionando-o com a presença de atividades que dão prazer e a sensação de que está tudo fluindo (flow), bem como com os mecanismos de defesa do ego. Verificaremos também os dados sociodemográficos dos referidos médicos, tais como sexo, idade, grau de instrução, naturalidade, nacionalidade, estado civil, presença e quantidade de filhos(as), carga horária de trabalho, tipo de trabalho, renda mensal, presença de atividades de lazer, pessoas com quem mora, religião, qualidade e quantidade de horas do sono, altura, uso e frequência do uso de álcool, uso de drogas ilícitas, peso, realização de atividade física e atividade sexual.

O(a) senhor(a) irá participar desta pesquisa respondendo sozinho três tipos de questionários (Escala Geral de Felicidade de Lyubomirsky & Lepper, Modelo de Questionário de Flow adaptado de Graziano; DSQ-40 – versão em português brasileiro) e esta pergunta “você se envolve em algo tão profundamente que nada parece importar a ponto de perder a noção do tempo?”. Para respondê-las você levará em média 10 a 20 minutos.

O possível risco que o(a) senhor(a) terá ao participar desta pesquisa será o de sensação de constrangimento em caso de não saber responder corretamente a algum dos questionários, mas esse risco será minimizado pelo fato de o(a) senhor(a) responder as perguntas com privacidade.

O(a) senhor(a) poderá ter os seguintes benefício direto: orientação e reflexão quanto ao próprio nível de bem-estar e de felicidade. E poderá ter os seguintes benefícios indiretos: obtenção de informações a respeito da aplicabilidade de um instrumento que avalia o nível de felicidade das pessoas, bem como tomar conhecimento de que as ciências da saúde vêm estudando não só o indivíduo doente, mas também o que se sente feliz e, assim, poderá contribuir para um maior entendimento sobre os fatores que levam as pessoas a se sentirem mais felizes.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados no computador pessoal do pesquisador principal e em pastas de arquivo, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos.

O(a) senhor(a) não pagará nada para participar desta pesquisa.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas, concordo em participar do estudo Felicidade, flow e mecanismos de defesa do ego nos médicos psiquiatras, como voluntário (a).

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelos(as) pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento, assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:
Assinatura:

Nome:
Assinatura:

10.2 - Apêndice B - Questionário sociodemográfico



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

Programa de pós-graduação em neuropsiquiatria e ciências do comportamento

Felicidade, *flow* e estilos defensivos nos médicos psiquiatras

Pesquisador responsável:

Leonardo Machado (mestrando)

Orientador:

Dr. Amaury Cantilino

Co-orientadores:

Dr. Hermano Tavares

Dra. Kátia Petribú

Questionário sociodemográfico

Sexo:

Masculino Feminino Idade: _____ anos

Grau de instrução:

Graduação Especialização em Psiquiatria Residência em Psiquiatria
 Mestrado Doutorado Pós-doutorado

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Cidade e Estado onde reside: _____

Estado Civil:

Solteiro(a) Casado(a) União Estável Divorciado(a)
 Viúvo(a)

Você tem filho(a)?

Sim Não

Quantos(as) filhos(as)?

Não se aplica 1 2 3 ou mais

Carga Horário de trabalho:

Até 20 horas semanais Entre 20 e 40 horas semanais
 Mais de 40 horas semanais

Tipo de Trabalho (pode marcar mais de uma opção, se for o caso):

Ambulatório Público Serviço de Emergência Psiquiátrica
 Plantão em Hospital Psiquiátrico
 Plantão em Hospital com leitos de Psiquiatria
 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
 Enfermaria de psiquiatria Preceptoria de residência médica
 Docência Atividades Científicas
 Consultório Privado com atendimento particular
 Consultório Privado com atendimento por convênios e/ou planos de saúde
 Atendimento Infante-juvenil Atendimento de Dependência Química
 Atendimento em Psicoterapia Perícias forenses

- Outros trabalhos em outras especialidades médicas além da psiquiatria
 Autor de livros para público geral

Renda mensal pessoal (não incluir salário do[a] companheiro[a]):

- Até R\$10.000,00 Entre R\$10.000,00 e R\$20.000,00
 Entre R\$20.000,00 e R\$30.000,00 Mais de R\$30.000,00

Você realiza atividades de lazer?

- Sim Não

Com que frequência realiza esta(s) atividade(s)?

- Diariamente Semanalmente Mensalmente
 Pelo menos 1 vez por semestre Pelo menos 1 vez por ano

Você tem alguma religião?

- Sim Não
 Não tenho religião, mas me considero espiritualizado

Você se considera praticante desta religião?

- Sim, semanalmente Sim, mensalmente
 Sim, embora não frequente nenhuma igreja ou templo
 Sim, mas frequento a igreja apenas em datas religiosas
 Não

Altura: _____ metros

Peso: _____ Kg

Realiza atividade física?

- Sim Não

Com que frequência?

- Menos de 3 vezes por semana
 3 ou mais vezes por semana
 Diariamente

====> Estas próximas 2 questões são adaptadas do Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI-BR)

Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

- Muito boa Boa Ruim Muito ruim

No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

- Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/ semana
 1 ou 2 vezes/ semana 3 ou mais vezes/ semana

====> Esta próxima questão é adaptada do Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST (versão brasileira - Teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas)

Na sua vida, qual(is) destas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)

a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)

- SIM Não

b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)

SIM () Não ()

c. Maconha (baseado, erva, haxixe...) SIM () Não ()

d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...) SIM () Não ()

e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)

SIM () Não ()

f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...) SIM () Não ()

g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol) SIM () Não ()

h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)

SIM () Não ()

i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...) SIM () Não ()

j. Outras, Especificar: _____ SIM () Não ()

Se você é do sexo masculino, responda somente as questões 1 e 2.

Se você é do sexo feminino, pule para as questões 3 e 4.

====> Estas duas questões abaixo foram adaptadas do Quociente sexual - versão masculina (QS-M).

1) Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?

() Nunca () Raramente () Às vezes

() Aproximadamente metade das vezes () A maioria das vezes

() Sempre

2) Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?

() Nunca () Raramente () Às vezes

() Aproximadamente metade das vezes () A maioria das vezes

() Sempre

====> Estas duas questões abaixo foram adaptadas do Quociente sexual - versão feminina (QS-F).

3) O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

() Nunca () Raramente () Às vezes

() Aproximadamente metade das vezes () A maioria das vezes

() Sempre

4) A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

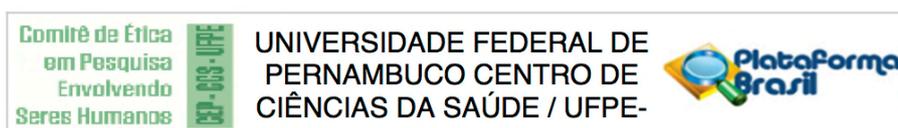
() Nunca () Raramente () Às vezes

() Aproximadamente metade das vezes () A maioria das vezes

() Sempre

11 ANEXOS

11.1 - ANEXO A - Parecer do comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde / UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Felicidade, flow e mecanismos de defesa do ego nos médicos psiquiatras

Pesquisador: Leonardo Machado Tavares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33915714.6.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 740.896

Data da Relatoria: 06/08/2014

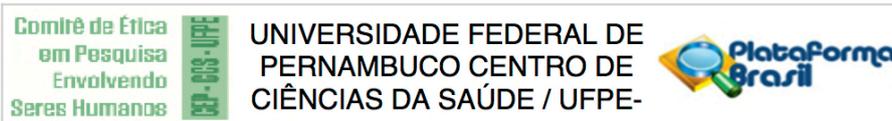
Apresentação do Projeto:

O presente Projeto sobre "Felicidade, flow e mecanismos de defesa do ego nos médicos psiquiatras" é um projeto de mestrado, apresentado pelo médico psiquiatra Leonardo Machado Tavares, matriculado no Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do CCS-UFPE. O Mestrando tem como Orientador o Prof. Dr. Amaury Cantilino, e Co-orientação, da Profa. Dra. Katia Petribu (UPE), e do Prof.Dr. Hermano Tavares (PQ-USP).

O Projeto propõe orientar esta pesquisa de acordo com a tendência atual da "Psicologia Positiva" de não se estudar, tratar e avaliar os indivíduos, doentes ou não, apenas em seus afetos negativos, mas também quanto ao bem-estar subjetivo e aos afetos positivos. Neste sentido, o pesquisador pretende pesquisar, e procurar entender, como está a saúde mental dos psiquiatras brasileiros, não só do ponto de vista da ausência de transtornos psiquiátricos, mas também do grau de sua felicidade, do nível de seu "flow" e dos mecanismos de defesa de seu ego. "Flow" é um conceito usado para medir e caracterizar o nível do "fluxo" de bem-estar que anima a pessoa em sua atividade existencial.

O pesquisador pretende aplicar 4 questionários a 100 psiquiatras brasileiros, que estiverem inscritos e participarem do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, a realizar-se em Brasília, entre 15-18 de outubro de 2014. Os questionários são: o "Subjective Happiness Scale", o "Defense Style Questionnaire"; um questionário para medir o nível do "flow", já testado e aplicado nos Estados

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Felicidade, flow e mecanismos de defesa do ego nos médicos psiquiatras

Pesquisador: Leonardo Machado Tavares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33915714.6.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 740.896

Data da Relatoria: 06/08/2014

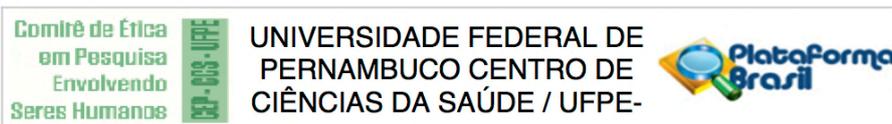
Apresentação do Projeto:

O presente Projeto sobre "Felicidade, flow e mecanismos de defesa do ego nos médicos psiquiatras" é um projeto de mestrado, apresentado pelo médico psiquiatra Leonardo Machado Tavares, matriculado no Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do CCS-UFPE. O Mestrando tem como Orientador o Prof. Dr. Amaury Cantilino, e Co-orientação, da Profa. Dra. Katia Petribu (UPE), e do Prof.Dr. Hermano Tavares (PQ-USP).

O Projeto propõe orientar esta pesquisa de acordo com a tendência atual da "Psicologia Positiva" de não se estudar, tratar e avaliar os indivíduos, doentes ou não, apenas em seus afetos negativos, mas também quanto ao bem-estar subjetivo e aos afetos positivos. Neste sentido, o pesquisador pretende pesquisar, e procurar entender, como está a saúde mental dos psiquiatras brasileiros, não só do ponto de vista da ausência de transtornos psiquiátricos, mas também do grau de sua felicidade, do nível de seu "flow" e dos mecanismos de defesa de seu ego. "Flow" é um conceito usado para medir e caracterizar o nível do "fluxo" de bem-estar que anima a pessoa em sua atividade existencial.

O pesquisador pretende aplicar 4 questionários a 100 psiquiatras brasileiros, que estiverem inscritos e participarem do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, a realizar-se em Brasília, entre 15-18 de outubro de 2014. Os questionários são: o "Subjective Happiness Scale", o "Defense Style Questionnaire"; um questionário para medir o nível do "flow", já testado e aplicado nos Estados

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Felicidade, flow e mecanismos de defesa do ego nos médicos psiquiatras

Pesquisador: Leonardo Machado Tavares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33915714.6.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 740.896

Data da Relatoria: 06/08/2014

Apresentação do Projeto:

O presente Projeto sobre "Felicidade, flow e mecanismos de defesa do ego nos médicos psiquiatras" é um projeto de mestrado, apresentado pelo médico psiquiatra Leonardo Machado Tavares, matriculado no Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do CCS-UFPE. O Mestrando tem como Orientador o Prof. Dr. Amaury Cantilino, e Co-orientação, da Profa. Dra. Katia Petribu (UPE), e do Prof.Dr. Hermano Tavares (PQ-USP).

O Projeto propõe orientar esta pesquisa de acordo com a tendência atual da "Psicologia Positiva" de não se estudar, tratar e avaliar os indivíduos, doentes ou não, apenas em seus afetos negativos, mas também quanto ao bem-estar subjetivo e aos afetos positivos. Neste sentido, o pesquisador pretende pesquisar, e procurar entender, como está a saúde mental dos psiquiatras brasileiros, não só do ponto de vista da ausência de transtornos psiquiátricos, mas também do grau de sua felicidade, do nível de seu "flow" e dos mecanismos de defesa de seu ego. "Flow" é um conceito usado para medir e caracterizar o nível do "fluxo" de bem-estar que anima a pessoa em sua atividade existencial.

O pesquisador pretende aplicar 4 questionários a 100 psiquiatras brasileiros, que estiverem inscritos e participarem do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, a realizar-se em Brasília, entre 15-18 de outubro de 2014. Os questionários são: o "Subjective Happiness Scale", o "Defense Style Questionnaire"; um questionário para medir o nível do "flow", já testado e aplicado nos Estados

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

11.2 - ANEXO B - Escala Geral de Felicidade Lyubomirsky & Lepper

Escala Geral de Felicidade de Lyubomirsky & Lepper

Para cada uma das seguintes afirmações ou perguntas faça, por favor, um círculo em torno do número da escala que você pensa ser o mais apropriado para descrevê-lo. Você pode escolher qualquer número de 1 a 7.

1- Em geral, eu me considero:

1	2	3	4	5	6	7
Uma pessoa não muito feliz			Nem infeliz, nem feliz			Uma pessoa muito feliz

2- Comparado à maioria dos meus colegas/amigos, eu me considero:

1	2	3	4	5	6	7
Menos feliz			Nem menos feliz, nem mais feliz			Mais feliz

3- Algumas pessoas são, de maneira geral, muito felizes. Elas aproveitam a vida independente do que esteja acontecendo, conseguindo o máximo de cada situação. Em que medida essa caracterização descreve você?

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Nem pouco, nem muito			Muito

4- Algumas pessoas, de maneira geral, **não são muito felizes**. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida essa caracterização descreve você?

1	2	3	4	5	6	7
Muito						De modo algum

11.3 - ANEXO C - Modelo de questionário de *Flow*

Modelo de Questionário de Flow (adaptado de Graziano, 2005)

Este questionário visa identificar atividade autotélica, a qual é considerada recompensadora por si mesma, independente do resultado que ela possa trazer. Por exemplo, uma pessoa que considere a leitura de um livro como sendo uma atividade autotélica, vê a própria leitura como sendo altamente recompensadora, de forma que ela lê por gostar da leitura em si e não porque, lendo o livro, poderá se sair melhor numa prova.

Questionário

1-) Atualmente existe algum tipo de atividade que você considere recompensadora por si mesma e na qual você consiga se concentrar totalmente, a ponto de ser capaz de perder a noção do tempo?

() Sim () Não

Em caso positivo, continue respondendo as questões abaixo:

2-) Aproximadamente com que frequência você costuma praticar essa atividade?

- () Acima de 2 vezes por semana
- () De uma a duas vezes por semana
- () Duas vezes por mês
- () Uma vez por mês
- () Raramente

3-) Uma vez que esteja se dedicando a essa atividade, com que frequência consegue obter concentração total no que está fazendo?

- () Sempre
- () A maioria das vezes
- () Apenas em algumas das vezes
- () Raramente

11. 4 - ANEXO D - Escala DSQ-40

DSQ-40 – versão em português brasileiro

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda plenamente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
6. As pessoas tendem a me tratar mal.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
11. Eu frequentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
13. Eu sou uma pessoa muito inibida.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
18. Eu não tenho medo de nada.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
34. Freqüentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
37. Freqüentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

- Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11.5 - ANEXO E - Permissão da ABP para pesquisa no XXXII CBP

Dr. Leonardo,

Estamos confirmando que sua solicitação de autorização para realizar pesquisa para sua tese de Mestrado em Neuropsiquiatria pela UFPE durante o XXXII CBP, em outubro próximo, em Brasília.

Solicitamos observar os pontos abaixo:

- o período de realização da pesquisa será de 15 a 18 de outubro durante o XXXII CBP.
- a aplicação do questionário poderá ser realizada na Ala Sul e Oeste do pavimento térreo do Centro de Convenções Ulysses Guimarães de 2014

Gostaríamos também de contar com sua colaboração, enviando-nos as seguintes informações:

- a aplicação do questionário será feita em que dias?
- o senhor programou um horário específico para a aplicação?
- quantos serão os aplicadores? Favor enviar-nos nomes, CPFs e a ocupação principal desses aplicadores de forma que possam ser cadastrados para a retirada de seus crachás.

Aguardamos seus comentários e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente, Mônica Bandeira de Mello Leite **Gerente do Congresso**

PSICOFOBIA É UM CRIME!

(Psicofobia é o preconceito contra os portadores de Transtornos e de Deficiências Mentais)

Obs: Entre nesta campanha da ABP contra o Estigma, coloque a frase acima na sua assinatura.

Associação Brasileira de Psiquiatria

(21) 2199-7500

monica@abpbrasil.org.br www.abp.org.br

www.abp.org.br/facebook

www.abp.org.br/twitter

11.6 - ANEXO F - Questões do DSQ-40 específicas para cada mecanismo de defesa e agrupados em maduros, imaturos e neuróticos.

Mecanismos de defesa do ego	Questões do DSQ-40
Maduros	
Antecipação	30 e 35
Humor	5 e 26
Supressão	2 e 25
Sublimação	3 e 38
Imaturos	
Projeção	6 e 29
Agressão passiva	23 e 36
<i>Acting out</i>	11 e 20
Isolamento	34 e 37
Desvalorização	10 e 13
Fantasia autística	14 e 17
Negação	8 e 18
Deslocamento	31 e 33
Dissociação	9 e 15
Cisão	19 e 22
Somatização	12 e 27
Racionalização	4 e 16
Neuróticos	
Pseudo-altruismo	1 e 39
Idealização	21 e 24
Formação reativa	7 e 28
Anulação	32 e 40