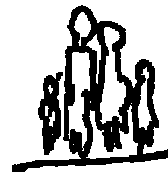




UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AUTOPERCEÇÃO DE FELICIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM
ADULTOS DE UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE
BASE POPULACIONAL**

DIOGO LUIS SCALCO

ORIENTADORA: CORA LUIZA ARAÚJO

CO-ORIENTADOR: JOÃO LUIZ DORNELLES BASTOS

PELOTAS, NOVEMBRO DE 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

**AUTOPERCEPÇÃO DE FELICIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM
ADULTOS DE UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE
BASE POPULACIONAL**

DIOGO LUIS SCALCO

ORIENTADORA: CORA LUIZA ARAÚJO

CO-ORIENTADOR: JOÃO LUIZ DORNELLES BASTOS

A apresentação desta dissertação é requisito do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Mestre.

PELOTAS, NOVEMBRO DE 2008.

DIOGO LUIS SCALCO

AUTOPERCEPÇÃO DE FELICIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS DE UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Banca examinadora:

Prof. Dra. Cora Luiza Araújo (Orientadora)
Presidente da Banca – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Fernando Celso L. F. De Barros
Membro da Banca – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Nelson Arns Neumann
Membro da Banca – Pastoral da Criança

Pelotas, 17 de novembro de 2008

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a meus pais, Olímpio e Diva e, ao meu irmão, Gabriel, por estarem sempre ao meu “lado”, mesmo quando distantes.

À Veri, minha “companheirinha”, que tanto me aturou nestes quase dois anos de mestrado. Em especial ficará marcado o carinho que recebia todas as terças, quando chegava de viagem, exausto e, muitas vezes, de mau humor. Obrigado, linda!!!

A todos os colegas do mestrado, que sempre me apoiaram e quebraram “galhos” para mim. Gostaria de citar dois em especial. Alan, parceiro que nunca se negou a me ajudar em todos momentos que dele precisei e que se tornou um amigo. Gisele, que, com sua família, me recebeu com muito carinho desde o primeiro dia que pus meus pés em Pelotas.

A todos os professores e funcionários do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, pelo que com eles aprendi neste período de convívio.

Ao Hospital Nossa Senhora Conceição, instituição ao qual trabalho. Em especial à equipe de saúde do Jardim Itu, que me apoiou muito nestes “quase dois anos” árdios de conciliação trabalho-mestrado.

À minha orientadora, Cora, e meu co-orientador, João, pela paciência com que me auxiliaram e construíram, conjuntamente, esse trabalho. Sou muito grato a vocês, do fundo do coração.

SUMÁRIO

1. Apresentação _____	06
2. Projeto de Pesquisa _____	07
3. Relatório de Trabalho de Campo _____	46
4. Artigo _____	57
5. Comunicado para a imprensa _____	84

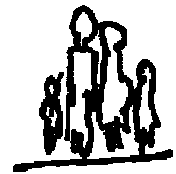
APRESENTAÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado foi organizada conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, contendo as seguintes seções principais:

- a) Projeto de Pesquisa: apresentado e defendido dia 21 de agosto de 2007.
- b) Relatório do Trabalho de Campo: descrição das atividades realizadas pelos mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, no biênio 2007-2008.
- c) Artigo: *Autopercepção de felicidade e fatores associados em uma população de adultos de uma cidade do sul do Brasil: estudo de base populacional* a ser submetido para a “Revista de Saúde Pública”.
- d) Comunicado breve com os principais achados para a imprensa local.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

PROJETO DE PESQUISA

**AUTOPERCEPÇÃO DE FELICIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM
ADULTOS DE UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE
BASE POPULACIONAL**

DIOGO LUIS SCALCO

ORIENTADORA: CORA LUIZA PAVIN ARAÚJO

CO-ORIENTADOR: JOÃO LUIZ DORNELLES BASTOS

PELOTAS, OUTUBRO DE 2007.

1. INTRODUÇÃO

Apesar de lhe faltar uma definição clara e da inexistência de um consenso acerca de seu significado, é praticamente unanimidade entre as pessoas que felicidade é algo positivo e que sua busca não deixa de ser um fim por si só.

A idéia de que felicidade é central na experiência de vida do homem vem desde a antigüidade. Na Grécia antiga, quatro séculos antes de Cristo, o filósofo *Aristippus* já afirmava que “o objetivo central da vida de cada ser humano seria maximizar seus prazeres”¹. Na mesma linha, no século XIX, filósofos utilitaristas* reivindicavam que “o objetivo primordial das políticas sociais seria gerar mais felicidade para um maior número de pessoas”.

No campo político, a discussão é atual. O governo do pequeno Reino de Butão[†] recentemente anunciou que o objetivo a ser alcançado por suas políticas públicas seria o aumento da “felicidade nacional bruta” ao invés do “produto nacional bruto” (ou produto interno bruto – PIB)². Em países como a Inglaterra, a pretensão não parece ser tão grande, mas planejadores de políticas de saúde discutem a necessidade do uso de estimativas de satisfação de vida e felicidade da população como indicadores de bem-estar populacional³.

Estudar felicidade, entretanto é um fio, a começar pela dificuldade em defini-la. Veenhoven, procurando organizar o estudo do tema, traz as seguintes questões para serem respondidas: 1) O que é felicidade? 2) Como medir felicidade? 3) Quão felizes são/estão as pessoas? 4) O que faz alguém feliz ou infeliz? 5) A felicidade pode ser alcançada duradouramente?⁴.

Apesar da falta de uma definição consensual sobre felicidade, editoriais em revistas médicas de grande circulação⁵, informações e reportagens na mídia escrita, falada e eletrônica têm dado crescente importância ao tema no Brasil⁶ e em outros países^{7, 8}. Isto coincide com o fato de que pesquisadores da área da saúde passaram a valorizar o tema a partir do momento em que estudos recentes vêm

* Utilitarismo: filosofia moral, criada por Jeremy Bentham (1748-1832). O mesmo define o princípio da utilidade da seguinte forma: “o princípio que aprova ou desaprova qualquer ação, segundo a tendência que tem de aumentar ou a diminuir a felicidade da pessoa cujo interesse está em jogo, ou, que é a mesma coisa em outros termos, segundo a tendência a promover ou a compreender a referida felicidade”. (Carvalho MCM. Por uma ética ilustrada e progressista: uma defesa do utilitarismo. in Oliveira, MA. Correntes fundamentais da ética contemporânea. 2ed. Petrópolis: Vozes, 2000.).

† Pequeno país localizado na cordilheira do Himaláia, na Ásia central, entre China e Índia.

demonstrando associação entre felicidade e estados correlatos com desfechos positivos em saúde.

Barak⁹ apresenta uma revisão mostrando associação de afeto positivo com melhor resposta imune. Mais revelador ainda foi um estudo longitudinal com freiras acompanhadas por décadas, o qual apontou que aquelas com mais afeto positivo demonstrado, por meio da análise de anotações em seus diários quando novas, tiveram uma expectativa de vida cerca de dez anos maior do que àquelas classificadas com menor afeto positivo¹⁰. Com alguma semelhança, Koivumaa-Honkanen et al¹¹ chegaram à conclusão de que um questionário com perguntas sobre satisfação de vida foi capaz de prever menores taxas de mortalidade numa população de finlandeses adultos, especialmente os do sexo masculino.

No intuito de contribuir no avanço do tema o presente projeto objetiva estudar a percepção de indivíduos adultos acerca de sua condição de felicidade em um estudo de base populacional no município de Pelotas, RS.

1.1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1.1. Estratégias de busca bibliográfica

Realizou-se a revisão de literatura a partir das bases eletrônicas de dados *Pubmed* e *Lilacs*. Ambas as pesquisas foram feitas com o termo *happiness* com a procura estendendo-se até o dia 21 de abril de 2007. Para a base *Lilacs*, foram usados também os termos *felicidade* e *felicidad* por incluir trabalhos em língua espanhola e portuguesa. Foram encontrados 2592 títulos na base *Pubmed* e 163 na *Lilacs*. Dentre estes, foram selecionados 563 resumos na *Pubmed* e 14 na *Lilacs*. Destes, 53 foram inicialmente selecionados para leitura do texto na íntegra. Alguns outros artigos, capítulos de livros e reportagens em jornais ainda foram encontrados e lidos a partir das referências bibliográficas citadas pelos autores.

1.1.2. Conceito de felicidade

Felicidade, assim como inteligência, saúde mental e outros, é um conceito com algum significado para quase todas as pessoas, mas extremamente difícil de

definir¹². Apesar disso, definir felicidade é de suma importância para podermos estudá-la em pesquisas epidemiológicas.

Na tentativa de identificar as definições mais utilizadas a revisão bibliográfica é iniciada pela revisão do conceito de felicidade e de alguns construtos semelhantes.

Qualidade de vida, tal como definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹³. Ventegodt¹⁴⁻¹⁶, numa série de estudos, expõe o processo de construção de uma escala para medição de qualidade de vida a ser usada na Dinamarca. Segundo o autor, qualidade de vida seria “uma boa vida” e para medi-la, três aspectos deveriam ser analisados: a porção subjetiva (o quanto o indivíduo sente que sua vida é boa), existencial (o quanto sua vida é boa num nível mais profundo, espiritual) e objetiva (percepção externa da qualidade de vida do indivíduo)¹⁷.

Na fundamentação desse conceito, aparece implícito a avaliação de condições presumivelmente necessárias para se ter uma boa vida. Condições objetivas do domínio físico como sono, dor e cansaço ou mesmo ambiental, entre elas os recursos financeiros e a segurança física aparecem como itens que pontuam para obtenção de um melhor escore de qualidade de vida.

Bem-estar subjetivo (BES), segundo Diener¹⁸, constitui a porção subjetiva da qualidade de vida. Refere-se à avaliação subjetiva, tanto afetiva como cognitiva, que os indivíduos fazem de sua vida¹⁸. Engloba construtos como felicidade, satisfação de vida, estado de espírito e afeto positivo¹⁹. Veenhoven assinala que o conceito de BES ressalta a subjetividade da avaliação, mas não explicita o que está se avaliando⁴.

Afeto positivo reflete a experiência de emoções prazerosas, estados de humor positivos. Não parte de uma avaliação cognitiva, mas sim de um estado de bem-estar momentâneo. Bradburn o descreve como “estados de sentimento subjetivo (positivo) que os indivíduos experimentam em suas vidas diariamente”¹².

Felicidade, considerado por Diener como um termo coloquial para BES¹⁸ e entendida como sinônimo de qualidade de vida para dois terços dos indivíduos em um estudo com profissionais da saúde realizado na Inglaterra²⁰, será no presente estudo entendida de acordo com a definição de Veenhoven, como um construto semelhante à satisfação de vida: “o grau ao qual uma pessoa avalia positivamente a

qualidade global de sua vida como um todo, no presente”⁴. Em outras palavras: o quanto a pessoa está satisfeita com, ou gosta da vida que leva. Importante salientar que este conceito implica que o objeto da avaliação é a vida como um todo, não apenas de um domínio específico, como o trabalho, por exemplo. Também se atém à apreciação que o indivíduo faz de sua vida no presente, ainda que esta possa sofrer influências do afeto momentâneo, de eventos passados na vida ou de perspectivas futuras.

1.1.2. Mensuração de felicidade

Da mesma forma que ainda não se chegou a um consenso sobre a definição de felicidade e construtos correlatos, conseqüentemente também não há concordância quanto a melhor maneira de aferí-los. No entanto, várias medidas de único-item (uma única pergunta) ou de múltiplos ítems foram desenvolvidas.

Entre as de único-item, em sua maioria desenvolvida para uso em grandes inquéritos populacionais, McDowell²¹ et al e Venhoven⁴, citam algumas escalas que consideram de maior validade.

1. *Delighted-Terrible scale*: “How do you feel about your life-as-a-hole?”

Resposta através de uma escala de Likert com sete pontos, variando de “terrible” a “delighted”.

2. Escala de faces: “Here are some faces expressing various feelings... Which faces come closest to expressing how you feel about your.....”

A resposta contém sete faces cujas expressões variam de muito positivo a muito negativo. As reticências do final da frase sugerem a possibilidade de cada investigador colocar aquilo que pretenda estudar: felicidade, qualidade de vida, bem estar geral, entre outras.

3. Escala da escada: “Here is a picture of a ladder. Suppose the top of the ladder represents the best possible life for you and the bottom of the ladder the worst possible life. Where on the ladder do you feel personally stand at the present time?”

Resposta apresenta uma escada de 10 degraus (composta por 11 números).

Apesar de críticas sobre a ausência de estudos de validade¹⁹ para as escalas supracitadas, McDowell et al e Veenhoven mostram uma confiabilidade teste-reteste

de 0,70²¹ quando reaplicadas ao fim de uma mesma entrevista e de 0,60 quando reaplicadas após uma semana⁴. Também observaram que 92% dos entrevistados repetiram no reteste a mesma resposta, ou adjacente, dada a pergunta quando esta foi realizada no mesmo dia²¹.

Conforme mencionado acima, críticas quanto à validade também existem. Entre elas, a de que pessoas responderiam que são felizes baseadas no imaginário de que esta seja a resposta correta (*social desirability*). Myers²² argumenta que, em termos populacionais as pessoas são de fato felizes, contrariando o pensamento de muitos estudiosos e inclusive do senso comum.

Escalas com múltiplos itens vêm cada vez mais sendo usadas, na maioria delas, com o intuito de obter medidas mais globais de BES, muitas vezes captando dados referentes a vários construtos: felicidade, afeto positivo e ausência de afeto negativo para obtenção de um escore único. Dentre os mais usados atualmente, Giacomoni¹⁹ cita a Escala de Satisfação de Vida (Diener, Emmons, Larsen e Griffin, 1985) e a Escala PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) de Watson, Clark e Tellegen (1988). A primeira escala é do tipo Likert e contém cinco itens. Dentre àquelas de múltiplos itens, é a única citada por Veenhoven como útil para estudos de felicidade⁴.

Em comparação com a escala de faces, a escolhida para este estudo, a Escala de Satisfação de Vida é mais longa e ainda não tem estudos publicados em língua portuguesa. A escala de faces, ao contrário, já foi utilizada no Brasil ao menos em dois estudos de base populacional na cidade de Pelotas^{22, 23}, ainda que com pequenas modificações na redação da pergunta. Além disto, considera-se que pela apresentação visual, fornece uma representação mais direta de sentimentos que uma tradução verbal da resposta para uma questão sobre felicidade²¹. Isto reforça a adoção da escala de faces para uso no presente estudo.

1.1.3. Prevalência de felicidade

A relativa escassez de pesquisas epidemiológicas tratando do tema felicidade ou de construtos semelhantes, em especial com base populacional, é evidente. Como agravante, alguns estudos citados em bibliografias não foram publicados ou então consistem em livros esgotados. Além disso, conforme citado anteriormente, a

falta de uniformidade na aferição de felicidade também dificulta a comparação entre os raros estudos existentes.

A seguir serão mostrados somente estudos de base populacional realizados em adultos. Excessão será feita ao apresentar um estudo de base populacional desenvolvido com adolescentes que, além de ter ocorrido no Brasil, utilizou a escala de faces. No quadro 1 apresentamos resumidamente os estudos que serão descritos nos itens 1.1.3. e 1.1.4. dessa revisão bibliográfica. Algumas revisões não incluídas no quadro serão igualmente citadas porque expõem opiniões de estudiosos do assunto.

Myers²⁴ e Veenhoven⁴ apresentam em seus artigos dados do *World Values Survey*[‡] e *European Values Survey*, grandes inquéritos realizados em vários países do mundo (no Brasil, coordenados pelo Instituto Gallup) para medição de níveis de bem-estar psicológico (BEP). Satisfação de vida e felicidade são avaliados a partir das seguintes questões “*Taking all together, how happy would you say you are?*” 1-*Very happy*; 2-*Quite happy*; 3-*Not very happy*; 4-*Not at all happy*” e “*How satisfied are you with the life you lead?*” 1-*Very satisfied*; 2-*Fairly satisfied*; 3-*Not very satisfied*; 4-*Not at all satisfied*”. Através da transformação dos dados coletados num escore calculado a partir da porcentagem do máximo da escala para cada indivíduo, achar-se-ia um escore que variaria de zero a cem. Neste caso a fórmula seria: $100(4-S)/3$, onde S é o valor da resposta, variando de 4 (resposta mais positiva, quando o escore é de 100) até 1 (resposta mais negativa, quando o escore é igual a zero). A partir destes escores calcula-se uma média geral que representaria um suposto índice de felicidade (IF) ou satisfação de vida populacional para comparação entre países. Este índice variou para felicidade de 79,3 na Islândia até 48,7 na Bielorrússia. No Brasil foi de 64,7. Myers faz questão de enfatizar que, ao contrário do que muitos pregam, a maioria dos países apresenta altos índices de felicidade. Taxas de resposta que variaram entre 24-75% nos diferentes países, entretanto, limitam as conclusões com relação aos resultados encontrados.

Os últimos dados do *World Values Survey* disponíveis na mídia eletrônica referentes ao ano de 1997 para o Brasil²⁵, mostram que frente à pergunta de único-item para felicidade, quase 83% responderam que são felizes ou muito felizes.

[‡] Uma organização composta por uma rede de cientistas sociais de várias universidades de todo o mundo, que realiza periodicamente inquéritos populacionais para análise de vários indicadores econômicos, de qualidade de vida, entre outros, visando contribuir para a investigação de mudanças políticas e socioculturais em todo o mundo. (<http://www.worldvaluessurvey.org>)

Cummings²⁶ fez uma revisão com busca sistemática de mais de 2000 artigos selecionando 206 de vários países que apresentavam dados sobre satisfação de vida. A partir deles, formulou uma média mundial utilizando o mesmo índice (IF) proposto para felicidade, por Myers e Veenhoven (já mencionado anteriormente), chegando ao valor de 70% com desvio padrão de 5%. Assim, o autor conclui que o grau de satisfação de vida da população entre os diferentes países teria uma variação que estaria entre 60 e 80%, contando dois desvios padrão para mais ou para menos. O fato das medidas terem sido coletadas por vezes com instrumentos distintos em diferentes estudos não afeta a validade do estudo, mas os autores alertam para que as interpretações e comparações sejam realizadas com cautela.

Num grande inquérito populacional realizado na Austrália, Dear et al²⁷ estimaram um IF de 70,4% (70,0-70,8%) para a população do país. O estudo adotou a escala de faces de Andrews e a taxa de resposta foi de 78%, em uma amostra de 10.641 indivíduos.

Subramanian et al²⁸, em estudo com 24.118 adultos representativos de 36 comunidades de vários estados norte-americanos encontraram uma prevalência de felicidade de 94,7% (resposta “*happy*” ou “*very happy*” quando indagados: “*In general, are you very happy, happy, not very happy and not happy at all?*”).

Na Coreia, Lee²⁹, em um estudo cujo objetivo foi o de explorar o efeito da situação conjugal e da idade sobre qualidade subjetiva de vida, foi elaborada uma medida de único-item sobre felicidade com o seguinte instrumento: “*Taking all things together, do you feel you are happy these days? 1. Very happy, 2. Somewhat happy, 3. So so, 4. Somewhat not happy, 5. Not happy at all*”. Cerca de 35% dos entrevistados responderam uma das duas primeiras opções.

Em Pelotas (Brasil), Silva et al²³, utilizaram a escala de faces de Andrews para medir o que chamaram de Bem-estar psicológico (BEP). Este estudo foi realizado com uma amostra representativa da população de jovens da cidade. Apesar do uso de uma terminologia diferente, a pergunta utilizada muito se assemelha à pergunta a ser usada no presente estudo. Aproximadamente 90% dos adolescentes entrevistados assinalaram as expressões que representam os dois maiores níveis de BEP.

1.1.4. Fatores associados à felicidade

Inicialmente serão citadas duas revisões^{4, 24} e um estudo original²⁶ que abordam diferenças na autopercepção de felicidade entre diferentes nações. A seguir serão apresentados estudos epidemiológicos citando associações encontradas entre características individuais e autopercepção de felicidade.

Veenhoven⁴, em sua análise dos dados do *World Values Survey* e *European Values Survey*, mostra associações entre maior nível de riqueza dos países e maiores níveis de felicidade. Ainda no nível ecológico de análise, países com maiores graus de liberdade política e de autopercepção de liberdade, maiores graus de urbanização, menores graus de militarização da sociedade, menos insegurança física (menos acidentes letais e homicídios), menores níveis de desemprego, maiores níveis de credo em Deus, maiores acesso à informação (número de jornais e revistas), menores desigualdade de gênero e classe e maiores graus de seguridade social, apresentaram maiores índices de felicidade. Quando análise ajustada para riqueza do país foi feita, persistiram associações de maior nível de felicidade com menor desigualdade de classe, maior grau de autopercepção de liberdade, maior credo em Deus e menor grau de militarização da sociedade.

Myers²⁴, em sua revisão, atenta para a diferença dos níveis de felicidade entre países ricos e pobres, mas que entre indivíduos elas aparecem com maior frequência em países mais pobres como a Índia, onde ter ou não renda é mais importante do que em países desenvolvidos, mais igualitários.

Cummins²⁶ em um estudo ecológico, comparando níveis de satisfação de vida e características culturais de cada país, relata que países mais ricos e com sociedades mais individualistas apresentam índices mais altos de satisfação de vida.

Costa et al³⁰, em uma amostra de homens adultos voluntários, sadios demonstraram que traços de personalidade se correlacionam com satisfação de vida. Pessoas com maior “*extroversion*” (que apresentam maior sociabilidade, envolvimento com pessoas, participação social e que são mais ativas) são mais satisfeitas com suas vidas do que aquelas com maior grau de “*neuroticism*”, ou seja, com maior rigidez de ego, tendência à culpa, ansiedade, somatização e preocupação.

Estudo realizado na China, com adultos, usando uma medida de satisfação de vida de único-item e um questionário de 29 perguntas para felicidade (Oxford

happiness inventory – que engloba medidas de afeto positivo, negativo e bem-estar global), mostrou associação entre maior satisfação de vida e ser idoso, ter maior nível educacional (anos de estudo), ter maior suporte social (medido pela escala de *Socially supportive behaviors*), menor escore para “*neuroticism*” (Eysenck Personality Questionnaire) e para estresse (Social Readjustment Rating Scale). Ter idade mais avançada, maior suporte social, ter maiores escores para “*extroversion*” e ter menor escore para “*neuroticism*” também estiveram associados com maior felicidade³¹.

Dando continuidade ao estudo anterior, uma subamostra (38% dos indivíduos) foi reavaliada cerca de trinta meses mais tarde. Os autores observaram que tanto as medidas de satisfação de vida como de felicidade tiveram estabilidade moderada neste intervalo de tempo. Controlando os níveis basais destas medidas de BES e de traços de personalidade, suporte social foi capaz de prever felicidade global e, eventos de vida positivos, de prever satisfação de vida. Por fim, satisfação de vida e felicidade estiveram fortemente associadas, num sentido bidirecional³².

Lykken et al³³, em pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA), comparando gêmeos dizigóticos com monozigóticos, educados juntos, ou separados, apontaram que cerca de 40% da variância encontrada para felicidade está associada com hereditariedade. Nível socioeconômico, educação, renda familiar, situação conjugal e indicadores de religiosidade foram responsáveis por somente 6% da variância.

Em estudo cujo propósito era averiguar efeito da situação conjugal e do gênero sobre “qualidade de vida subjetiva” na Coreia, Lee²⁹ descreve que os homens são mais felizes que as mulheres e que estar casado associa-se positivamente com maior felicidade, especialmente entre as mulheres.

Estudo de Diener et al³⁴, comparando grupo de estudantes universitários muito felizes com muito tristes, evidenciou que os mais felizes eram mais sociáveis (passavam menos tempo sós, tinham relações familiares mais prazerosas, mais amigos e tinham relações amorosas mais fortes), eram mais “extrovertidos” (*extroverts*), menos “neuróticos” (*neurotics*) e tinham menos psicopatologias. Nenhuma variável foi suficiente para felicidade, no entanto ter boas relações sociais foi necessário. Não houve diferença em termos de realização de atividades físicas, prática de atividades religiosas ou presença de eventos de vida positivos entre os grupos.

Dear et al²⁷, num grande inquérito de base populacional na Austrália, revela associações entre maior nível de satisfação de vida e ser adulto jovem, ter grau superior completo, ter boa saúde física, não ter comorbidades psiquiátricas, beber pequenas ou moderadas quantidades de álcool (não beber ou beber muito está associado com escores mais baixos de satisfação de vida), ausência de incapacidade física, menor número de consultas por problema psiquiátrico nos últimos 15 dias, ser casado e não estar desempregado.

Pesquisa realizada na Alemanha com 3733 indivíduos que estiveram desempregados ao menos uma vez durante um período de 15 anos, mostrou que o desemprego fez diminuir fortemente o nível de satisfação de vida em período próximo ao evento. No entanto, após um ano, constatou-se que os indivíduos desempregados não voltaram ao nível de satisfação de vida prévio ao evento negativo. Lucas et al³⁵ sugerem que, de encontro ao que é pregado pela “*Hedonic Treadmill Theory*”[§], eventos de vida podem ter uma forte influência nos níveis de BES por tempo duradouro.

Estudo realizado por Subramanian et al²⁸, com indivíduos de 36 comunidades norte-americanas mostraram que após controle para variáveis demográficas, maior renda e educação estiveram associados com felicidade. Tais correlações foram ainda mais fortes quando comparadas no nível comunitário ao invés do individual.

Na Holanda, Stubbe et al³⁶, num estudo comparando gêmeos monozigóticos e dizigóticos, encontraram associação entre ser fisicamente ativo e ser tanto mais feliz quanto mais satisfeito com a vida. No entanto os autores apontam que tal relação não parece ser causal e sim mediada por fatores genéticos que influenciam tanto o BES como o comportamento para prática de exercício.

Para finalizar, na cidade de Pelotas, Silva et al, em estudo realizado com adolescentes entre 15-18 anos, encontrou associações entre maior BEP e maior nível socioeconômico, sentimento de que Deus ajuda, rezar diariamente e não ter tomado “porre” no último mês. Realizar atividade física esteve associado com maior BEP no limite do que é considerado estatisticamente significativo²³.

[§] A “Hedonic Treadmill Theory” é uma teoria que afirma que os indivíduos só alterariam seus níveis de felicidade momentaneamente ao se depararem com eventos de vida, sejam eles positivos ou negativos, e que após um determinado momento voltariam ao seu patamar basal de felicidade. Deste modo argumenta-se que a busca pela felicidade não teria fim e seria algo inútil. Para mais detalhes ler: Diener E, Lucas RE, Scollon CN. Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *Am Psychol.* 2006 May-Jun;61(4):305-14.

Quadro 1. Resumo de estudos epidemiológicos sobre felicidade ou construtos correlatos.

Autor / ano País (Número da referência)	Amostra	Idade	Delineamento	Instrumento
Costa et al, 1980 EUA (30)	N=1100 Homens voluntários sadios.	35-85 anos	Coorte	1. Afeto positivo (escala de Bradburn) 2. Escala para satisfação de vida
Lu, 1995 China (31)	N=581 Adultos. Representativo de uma cidade.	≥ 20 anos	Transversal	1. Felicidade (Oxford happiness inventory) 2. Único-item sobre satisfação de vida
Lyken et al, 1996 EUA (33)	N=2310 Gêmeos nascidos em Minnesota (estado dos EUA) durante um período de 19 anos. Representativo do Estado.	20-30 anos	Coorte	1. Único-item sobre felicidade 2. Escala MPQ-WB (escala de bem-estar)
World values survey, 1997 Brasil (25)	N=1149 Adolescentes e adultos. Representativo do país.	≥ 15 anos	Tranversal	1. Único-item sobre felicidade
Lee, 1998 Coréia (29)	N=955 Adultos. Representativo do país.	≥ 20 anos	Transversal	1. Único-item sobre felicidade
Lu, 1999 China (32)	N=105 Adultos. Representativo de uma cidade.	≥ 20 anos	Coorte	1. Felicidade (Oxford happiness inventory) 2. Único-item sobre satisfação de vida
Dear et al, 2002 Austrália (27)	N=10641 Adultos. Representativo do país.	≥ 18 anos	Tranversal	1. Único-item sobre satisfação de vida

Autor / ano País (Número da referência)	Amostra	Idade	Delineamento	Instrumento
Diener et al, 2002 EUA (34)	N=222 Estudantes de graduação. Não comentado sobre representatividade.	Jovens?	Transversal	1.Satisfação de vida (SWLS)
Lucas et al, 2004 (35)	N=3733 Indivíduos que já estiveram desempregados. Representativo do país.	População adulta?	Coorte	1.Único-item sobre satisfação de vida
Subramanian et al, 2004 EUA (28)	N=24118 Adultos. Amostra representativa de 36 comunidades de vários estados do país	18-89 anos	Transversal	1.Único-item sobre satisfação de vida
Stubbe et al, 2006 Holanda (36)	N=8306 Todos indivíduos participantes de um estudo de saúde e estilo de vida com famílias registradas com gêmeos no país. Representativo do país	16-65 anos	Transversal	1.Satisfação de vida (SWLS) 2.Felicidade (SHS adaptada)
Silva et al, 2007 Brasil (23)	N=960 Adolescentes. Representativo de uma cidade.	15-18 anos	Transversal	1.Único-item sobre bem-estar psicológico (BEP)**

** Autor optou pelo termo BEP, no entanto o instrumento usado foi a escala de faces de Andrews, com questão muito semelhante a proposta para aferição de autopercepção de felicidade no presente estudo.

1.2 JUSTIFICATIVA

A literatura em saúde tem historicamente enfatizado o estudo de condições que refletem a ausência de saúde. O entendimento das causas das doenças e a busca de prevenção e tratamentos adequados configuram-se como objetivos importantes do setor saúde. Ser saudável, mais do que simplesmente não ter doença, implica em alcançar o “perfeito bem estar físico, social e mental” – definição estabelecida pela OMS³⁷. A partir deste conceito, ainda que sob questionamento nos dias atuais³⁸, a subjetividade e sobretudo os aspectos positivos devem ser abordados. A qualidade de vida passa a ter importância para o campo da saúde. Autopercepção de felicidade pode ter, conseqüentemente, relação direta com “ser saudável”. Entender o quanto a população se autopercebe feliz e que características apresentam essas pessoas pode ter implicações diretas para o entendimento dos níveis de saúde da população.

A valorização atual desse tema fez surgir na última década estudos evidenciando uma associação possivelmente causal entre indicadores de BEP (entre os quais, autopercepção de felicidade, satisfação de vida ou afeto positivo) e desfechos positivos em saúde³⁹. Felicidade ou construtos correlatos parecem atuar como fatores preditores de maior longevidade^{10, 11}, protetores para desfechos de morbidade⁴⁰ ou mesmo através da indução de sistemas de defesa do organismo⁹.

Estudos epidemiológicos que apresentem informações a respeito dos níveis de autopercepção de felicidade populacionais e de possíveis determinantes são relativamente escassos na literatura mundial e quase inexistentes no Brasil. Esta lacuna abre portas para o desenvolvimento de estudos de base populacional com delineamento transversal que auxiliem na busca de respostas sobre quão felizes são as pessoas e que fatores estão associados com esta condição. Tais estudos poderiam servir de base para investigações com delineamentos mais sofisticados para explorar melhor o componente temporal das associações. Deste modo, se justifica a realização deste estudo que tem como objetivo estimar a prevalência de felicidade autopercebida e a associação com alguns fatores de risco ou proteção, na cidade de Pelotas, RS, extremo sul do Brasil.

1. 3 MARCO TEÓRICO

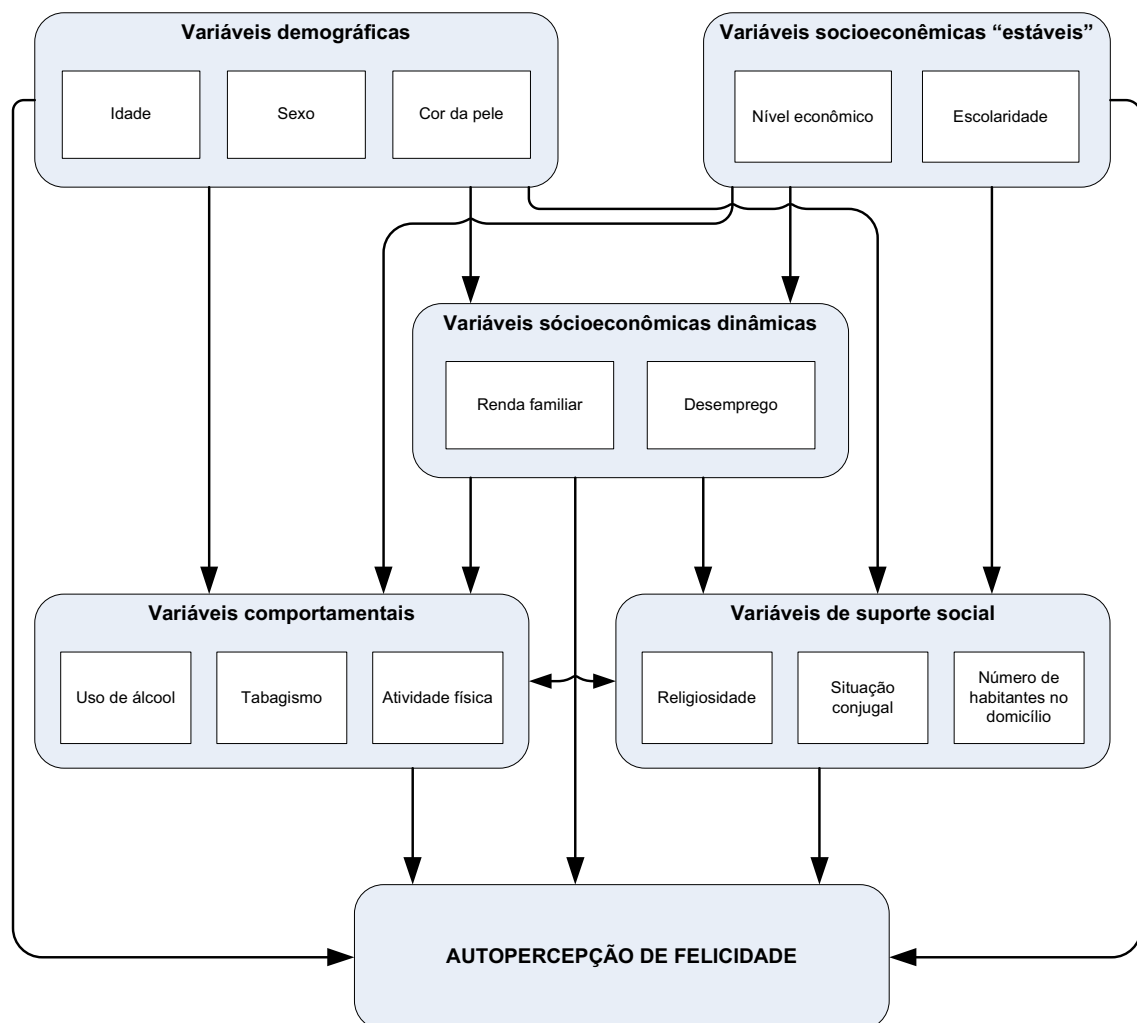


Figura 1. Modelo teórico dos determinantes de autopercepção de felicidade.

Recomenda-se muita cautela quanto às possíveis inferências que poderão ser feitas ao final deste estudo, referente ao achado de associações entre variáveis independentes estudadas e felicidade. Por ser esta uma pesquisa com delineamento do tipo transversal e que aborda um tema com escassez de estudos longitudinais, afirmações que falem em causas de felicidade serão evitadas. No entanto, a escolha das variáveis para análise, baseada na literatura, seguiu uma linha de pensamento coerente com um modelo teórico de causalidade. Eis o marco teórico.

Felicidade vem sendo estudada como um construto que tem na sua cadeia causal um importante componente: a personalidade. Esta é responsável por grande parte de sua variância e inclusive de sua estabilidade no tempo, como mostram

vários estudos⁴¹. Segundo Lykken e Tellegen, 50% da variância na autopercepção de felicidade seria explicada principalmente pelo fator genético³³, fator possivelmente associado com a personalidade. Deste modo outros 50% seriam devidos a circunstâncias objetivas, variáveis demográficas e eventos de vida. Este segundo grupo irá compor a série de variáveis escopo deste trabalho.

Na figura 1, observa-se que entre os determinantes mais distais (1º nível) estão as variáveis demográficas (sexo, idade e cor da pele) e as variáveis sócioeconômicas “estáveis”^{††} (nível econômico e escolaridade). Ambos os grupos determinam autopercepção de felicidade, tanto por ação direta como por meio de influência sobre o segundo e o terceiro níveis do modelo. Atuam diretamente, por meio da idade, onde idosos são excluídos e pouco valorizados na sociedade (caso de países como o Brasil), determinando menores níveis de autopercepção de felicidade. Sem exceção, todas variáveis do primeiro nível podem de alguma forma interagir com as do tipo socioeconômicas dinâmicas^{‡‡} (desemprego^{§§} e renda familiar), seja devido a preconceitos (mulheres, idosos, negros, baixo nível econômico e menor escolaridade) ou mesmo pela ausência de qualificação profissional (menor escolaridade). Menor renda familiar e desemprego podem contribuir para baixos níveis de autopercepção de felicidade. Como exemplo de atuação direta sobre os determinantes do terceiro nível, cita-se que homens fumam⁴² mais, assim como abusam mais do uso de álcool⁴³ e participam menos de cultos religiosos; entre adultos, a idade também determina a realização de atividade física⁴⁴ e idosos freqüentam mais cultos religiosos. Por outro lado, indivíduos com menor nível econômico costumam viver em habitações com maior número de moradores.

Os determinantes do segundo nível (renda e desemprego) estão tanto diretamente associados com o desfecho do estudo - caso do desemprego que está associado com menor autopercepção de felicidade - quanto agindo indiretamente como determinantes das variáveis comportamentais ou de suporte social. Pessoas

^{††} Optar-se-á pela utilização do termo “estáveis” para aquelas variáveis socioeconômicas que têm maior estabilidade ao longo do tempo; caso do nível econômico e escolaridade para a população adulta de Pelotas, alvo do trabalho.

^{‡‡} Optar-se-á pela utilização do termo dinâmicas para aquelas variáveis socioeconômicas que são mais instáveis ao longo do tempo: tempo de desemprego e renda familiar no último mês.

^{§§} Em alguns estudos desemprego é considerado como um evento de vida. Neste estudo, para efeito de análise, será utilizado o modelo apresentado com o desemprego fazendo parte do grupo de variáveis socioeconômicas “estáveis”.

com renda menor, por exemplo, praticam menos atividade física, são mais religiosos e vivem em domicílio com maior número de pessoas.

As variáveis comportamentais (uso de álcool, tabagismo, atividade física) e as de suporte social (religiosidade, situação conjugal^{***} e número de habitantes no domicílio^{†††}) são consideradas determinantes proximais dos níveis de autopercepção de felicidade, uma vez que se espera que tabagistas, usuários abusivos de álcool, mais religiosos (têm religião e se consideram mais religiosos, além de freqüentadores de cultos religiosos), casados ou morando com companheiro e indivíduos com maior número de habitantes no domicílio se autoperceberão mais felizes, após controle para os determinantes distais.

^{***} Apesar de situação conjugal ser uma variável demográfica, para efeito de análise neste estudo, optar-se-á por tratá-la como uma variável de suporte social por assim representar melhor sua ação como determinante de autopercepção de felicidade. A mesma lógica se aplica para que não seja tratada, como em alguns estudos, como um evento de vida (ocorrência de casamento).

^{†††} Apesar do número de habitantes no domicílio poder ser entendido como uma variável demográfica, optar-se-á por tratá-la como uma variável de suporte social por assim representar melhor sua ação como determinante de autopercepção de felicidade.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

2.1.1. Estudar a prevalência de felicidade autopercebida e fatores associados em adultos da zona urbana do município de Pelotas, RS.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Estimar a prevalência de felicidade autopercebida em adultos.

2.2.2. Descrever a ocorrência de felicidade autopercebida segundo variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele e situação conjugal), socioeconômicas (escolaridade, renda familiar, nível socioeconômico, desemprego, número de habitantes no domicílio) e comportamentais (tabagismo, uso de álcool, atividade física e religiosidade).

2.2.3. Avaliar a associação entre felicidade autopercebida e as variáveis supracitadas, ajustando-as para potenciais fatores de confusão.

3. HIPÓTESES

3.1. A prevalência de felicidade autopercebida encontra-se em torno de 70% na população da cidade de Pelotas, RS.

3.2. Maior autopercepção de felicidade está associada com:

- ✓ menor idade
- ✓ ser de cor branca
- ✓ estar casado ou viver com companheiro
- ✓ maior renda familiar,
- ✓ maior nível econômico
- ✓ maior número de habitantes no domicílio
- ✓ menores níveis de desemprego
- ✓ ser usuário moderado de álcool
- ✓ ser fisicamente ativo
- ✓ não ser tabagista
- ✓ ter maior religiosidade

4. MÉTODOS

4.1. DELINEAMENTO E JUSTIFICATIVA

O delineamento do estudo será do tipo transversal de base populacional.

Este tipo de estudo apresenta como principais vantagens o baixo custo e a rapidez na execução e ainda a possibilidade de estudar amostras representativas da população.

O principal objetivo do presente estudo é estimar a prevalência de felicidade autopercebida e, para isso, o delineamento transversal é a melhor opção para tal abordagem. Além disto, o delineamento mencionado será útil para investigar exposições que são características individuais, como sexo, cor da pele, idade e nível econômico e para identificar possíveis associações que poderão ser postas à prova, posteriormente, em outros trabalhos com delineamentos mais adequados para a investigação de relações causais.

4.2. DEFINIÇÃO DO DESFECHO

O desfecho a ser investigado é a autopercepção de felicidade. Considerar-se-á como “felizes” as pessoas que apontarem as faces A e B da escala de faces de Andrews e Whitey²¹ (figura 2), como indicativas de seu estado de felicidade.

- Qual dessas faces mostra melhor o jeito como o Sr(a) se sente, pensando em sua vida como um todo?

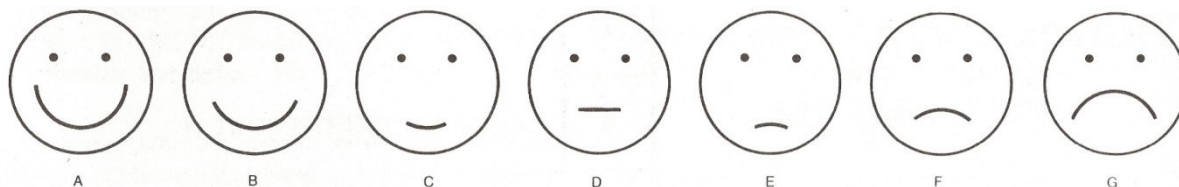


Figura 2. Escala de faces de Andrews e Whitey²¹.

4.3. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição das variáveis independentes, características e tipo.

VARIÁVEL	CARACTERÍSTICAS	TIPO
Demográficas		
Sexo*	Masculino / Feminino	Catégorica dicotômica
Idade	Anos completos	Numérica contínua
Cor da pele	Branco / Pardo / Preto / Outras	Catégorica nominal
Situação conjugal	Casado ou com companheiro / Solteiro / Separado ou divorciado / Viúvo	Catégorica nominal
Socioeconômicas		
Renda familiar	Soma de todos os rendimentos da família no último mês	Numérica contínua
Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta
Nível econômico (ABEP)	Classes A, B, C, D e E (A é categoria de maior renda)	Catégorica ordinal
Número de habitantes no domicílio	Número de residentes no mesmo domicílio	Numérica discreta
Desemprego	Tempo de desemprego	Numérica discreta
Comportamentais		
Tabagismo	Não fumante (nunca fumou) / Ex-fumante (já fumou, mas parou de fumar há mais de um mês) / Fumante atual (fumou pelo menos um cigarro/dia no último mês, como média)	Catégorica nominal
Ingestão de álcool	Não bebedor (não consumiu álcool nos últimos 30 dias) / bebedor leve (não classificado como não bebedor ou bebedor pesado) / bebedor pesado (consumo de mais de uma dose/dia para mulheres ou de duas doses/dia para homens)	Catégorica ordinal
Atividade física	Fisicamente ativo (≥ 150 minutos/semana de atividade física) / Sedentário (< 150 minutos/semana de atividade física)	Catégorica dicotômica
Ter religião	Sim/Não	Catégorica dicotômica
Freqüência religiosa	Freqüência a culto religioso no último mês	Numérica discreta
Crença religiosa	Muito / Mais ou menos / Pouco / Nada	Catégorica ordinal

A variável sexo será obtida através da observação do entrevistador. Todas as demais serão coletadas por meio de perguntas diretas aos indivíduos do estudo.

4.4. POPULAÇÃO ALVO

A população alvo deste estudo será composta pelos adultos residentes da cidade de Pelotas, RS.

4.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adultos com idade maior ou igual a 20 anos residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS.

4.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não farão parte da amostra indivíduos institucionalizados (prisões, Instituições de Longa Permanência para Idosos, pensões, entre outras) e aqueles que apresentarem impedimento físico e/ou mental para responderem ao questionário.

4.7. TAMANHO DA AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa EPIINFO⁴⁵, considerando a estimativa da população de Pelotas para o ano de 2006⁴⁶ (346.452 habitantes) e a proporção de adultos segundo o Censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) do ano de 2000 (65,7%), obtendo-se um número estimado de 227.430 pessoas com 20 anos ou mais de idade (população-alvo).

Calculou-se o tamanho da amostra para estudo da prevalência do desfecho a partir das seguintes estimativas (tabela 1).

Tabela 1. Cálculo do tamanho da amostra para as seguintes prevalências do desfecho na população:

<i>Prevalência</i>	<i>Nível de confiança</i>	<i>Erro aceitável</i>	<i>Subtotal</i>	<i>Total **</i>
<i>(%)</i>	<i>(%)</i>	<i>(pp) *</i>		
60	95	4,0	575	949
70	95	3,0	893	1473
80	95	2,0	1525	2516

* Pontos percentuais

** Após acréscimo de 10% para perdas e recusas e mais 50% (Fator=1,5) para efeito de delineamento.

Para avaliação das associações entre felicidade autopercebida e variáveis independentes, utilizaram-se os seguintes parâmetros: prevalência na população de 70%, nível de confiança de 95%, poder de 80% e risco relativo tido como significativo para qualquer variável quando maior ou igual a 1,2. Foram acrescidos 10% para

perdas e/ou recusas, 15% para ajuste para fatores de confusão na análise multivariável e 50% (fator = 1,5) para efeito de delineamento (Tabela 2).

Tabela 2. Cálculo do tamanho da amostra para possíveis associações entre variáveis independentes e desfecho:

<i>Variável independente</i>	<i>Proporção de não expostos/expostos</i>	<i>Risco relativo</i>	<i>Prevalência de doença nos não expostos (%)</i>	<i>Sub total</i>	<i>Total *</i>
Sexo	54 / 46	1,2	64	454	861
Idade	73 / 27	1,2	66	500	949
Cor da pele	16 / 84	1,2	60	940	1784
Renda (quintis)	80 / 20	1,2	67	590	1120
Escolaridade	72 / 18	1,2	68	560	1063
Nível econômico	68 / 32	1,2	66	450	854
Número de habitantes no domicílio	25 / 75	1,2	61	647	1228
Desemprego	15 / 85	1,2	60	991	1880
Tabagismo	48 / 52	1,2	63	450	854
Ingestão de álcool	30 / 70	1,2	61	580	1101
Atividade física	41 / 59	1,2	63	461	875
Prática religiosa	50 / 50	1,2	64	428	812
Situação conjugal	38 / 62	1,2	62	497	943

* Nível de confiança de 95% e poder de 80% para todas associações.

** Após acréscimo de 10 % para perdas e recusas, 15 % para controle de fatores de confusão e mais 50% (Fator=1,5) para efeito de delineamento.

4.8. ESTUDO PRÉ-PILOTO

A escala de faces de Andrews, com as diferentes utilizações que a abertura da questão proposta pelo autor permite²¹, foi originalmente testada em países de língua inglesa. No Brasil, apesar da descrição de sua utilização ao menos em dois estudos na cidade de Pelotas, diferentes traduções foram usadas com propósito de uso para diferentes construtos, por mais que semelhantes entre si.

Um estudo pré-piloto foi realizado com o objetivo de adequar a tradução da pergunta do desfecho desta pesquisa de modo que se torne de simples entendimento e capte o que a pergunta originalmente proposta visava captar: o quanto cada indivíduo de autopecebe feliz. Setenta e cinco questionários foram aplicados a pacientes de duas Unidades Básicas de Saúde do Município de Porto

Alegre. O entendimento da questão final foi considerado bom e a prevalência de autopercepção de felicidade esteve condizente com a esperada pela literatura.

4.9. AMOSTRAGEM

Cada mestrando participante do consórcio realizou cálculos de tamanho de amostra que atendessem aos objetivos gerais e específicos de seus projetos, incluindo estimativas de prevalências e associações. De forma a facilitar a logística do trabalho de campo e, também para diminuir os custos deste processo, optou-se por utilizar uma amostra por conglomerados. Para definição dos conglomerados, foi utilizada a grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000.

A partir desses resultados, verificou-se que o número de domicílios que atenderia aos objetivos de todos seria de cerca de 1400, considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão. Com o intuito de minimizar os efeitos de delineamento, decidiu-se amostrar 11 domicílios em cada um dos em 126 setores selecionados (total=1386 domicílios). Com isso, cada um dos 14 mestrandos participantes do consórcio ficou responsável por nove setores.

A partir de uma tabela com todos os 404 setores da zona urbana do município de Pelotas (foram excluídos cinco setores considerados como não domiciliares), foi feita uma ordenação por renda média do chefe do domicílio para posterior seleção dos domicílios de forma a garantir representatividade dos setores em relação a situação econômica. O número total de domicílios (92407) foi dividido pelo número de setores censitários (126), de forma a obter-se um pulo (de 733) para a seleção sistemática a ser realizada. Dentre os números um e 733, foi selecionado, aleatoriamente a partir do programa estatístico Stata 9.0, o número 196, que determinou o primeiro setor a ser incluído na amostra. A este número foi adicionado 733, de forma que o segundo setor selecionado abrangia o domicílio 929 e assim sucessivamente até que o número obtido superasse o total de domicílios. Nesse ponto 126 setores haviam sido selecionados. Essa amostragem sistemática de setores, ordenados pela renda média do conglomerado equivale a um processo de estratificação.

4.10. INSTRUMENTO

As variáveis independentes e o desfecho deste estudo serão coletados mediante questões que fazem parte de um questionário maior, com todas as perguntas que englobarão os temas de pesquisa de todos os participantes do consórcio.

Aquela pergunta que objetiva avaliar a auto percepção de felicidade, assim como as demais questões específicas deste projeto, são descritas nos Anexos um (questionário) e dois (manual de instruções).

4.11. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

O recrutamento das candidatas a entrevistadora será realizado a partir de cartazes colocados em instituições de ensino médio e superior, de indicações de pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, e se necessário, será requerido ao Serviço Nacional de Empregos (SINE) candidatas com os requisitos necessitados.

Serão treinadas aproximadamente 50 mulheres, com pelo menos dezoito anos e ensino médio completo, para a aplicação de entrevistas domiciliares. A seleção será baseada pelos seguintes critérios: disponibilidade de tempo, experiência prévia em pesquisa, motivação para o trabalho de campo, carta de indicação e letra legível.

O treinamento terá duração de 40 horas e será composto pelas seguintes etapas:

- apresentação de pesquisas;
- ensino de técnicas de abordagem domiciliar e de entrevistas;
- leitura e explicação do instrumento e do manual de instruções;
- aplicação do instrumento entre as entrevistadoras (dramatização);
- realização de um estudo-piloto.

4.12. ESTUDO-PILOTO

O estudo-piloto terá como finalidade o teste final do instrumento, a avaliação do manual de instruções, a logística do trabalho de campo e a avaliação do desempenho das entrevistadoras diante de situações reais de entrevista. Será realizado em um setor censitário não selecionado na amostragem.

4.13. LOGÍSTICA

As entrevistadoras serão orientadas a efetuar entrevistas em uma média de quatro domicílios por dia, de forma que em três dias todos os domicílios de um setor tenham sido visitados. Estima-se que o trabalho de campo poderá ser concluído em um prazo de 60 dias. Cada pesquisador do consórcio será responsável pela supervisão de duas entrevistadoras. Serão agendadas reuniões semanais com as entrevistadoras a fim de esclarecer eventuais dúvidas e proceder à entrega e recolhimento dos questionários.

4.14. CONTROLE DE QUALIDADE

Todos os questionários serão revisados atentamente para verificação de possíveis falhas no seu preenchimento. Se necessário, haverá o retorno imediato para a confirmação de informações. Além disso, para o controle de qualidade, 10% dos domicílios incluídos na amostra serão revisitados, selecionados aleatoriamente. A aplicação de um questionário reduzido, contendo perguntas-chave possibilitará a identificação de prováveis erros e/ou respostas falsas assim como confirmar que a entrevista foi realmente realizada. Essa revisita será feita pelos próprios mestrandos.

4.15. COLETA, DIGITAÇÃO E ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA DOS DADOS

As entrevistadoras visitarão as casas sorteadas no processo de amostragem e entrevistarão todos os indivíduos residentes naquele domicílio que preencham os requisitos da amostra. Caso um ou mais possíveis entrevistados não estejam em casa no momento, as entrevistas serão agendadas e as casas novamente visitadas.

Caso haja recusa, serão realizadas mais duas tentativas, em dias e horários diferentes, pela entrevistadora. Caso a recusa persista, uma última tentativa será feita pelo supervisor de campo do setor.

Os dados coletados serão digitados duas vezes com checagem automática de amplitude e consistência através do programa Epi-Info 6.04.

4.16. ANÁLISE ESTATÍSTICA

O plano de análise proposto define as seguintes etapas: inicialmente será realizada a análise descritiva de todos os dados coletados, com cálculo das medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e de proporção para as variáveis categóricas. A seguir, processar-se-á a análise bivariada, subsidiada pelo modelo de análise da pesquisa (figura 2), aplicando teste de Qui-quadrado e Qui-quadrado para tendência linear para variáveis categóricas ordinais.

Através da regressão de Poisson, serão avaliadas as possíveis associações com autopercepção de felicidade, após ajuste para fatores de confusão.

A análise dos dados será realizada através do programa Stata 9.0.

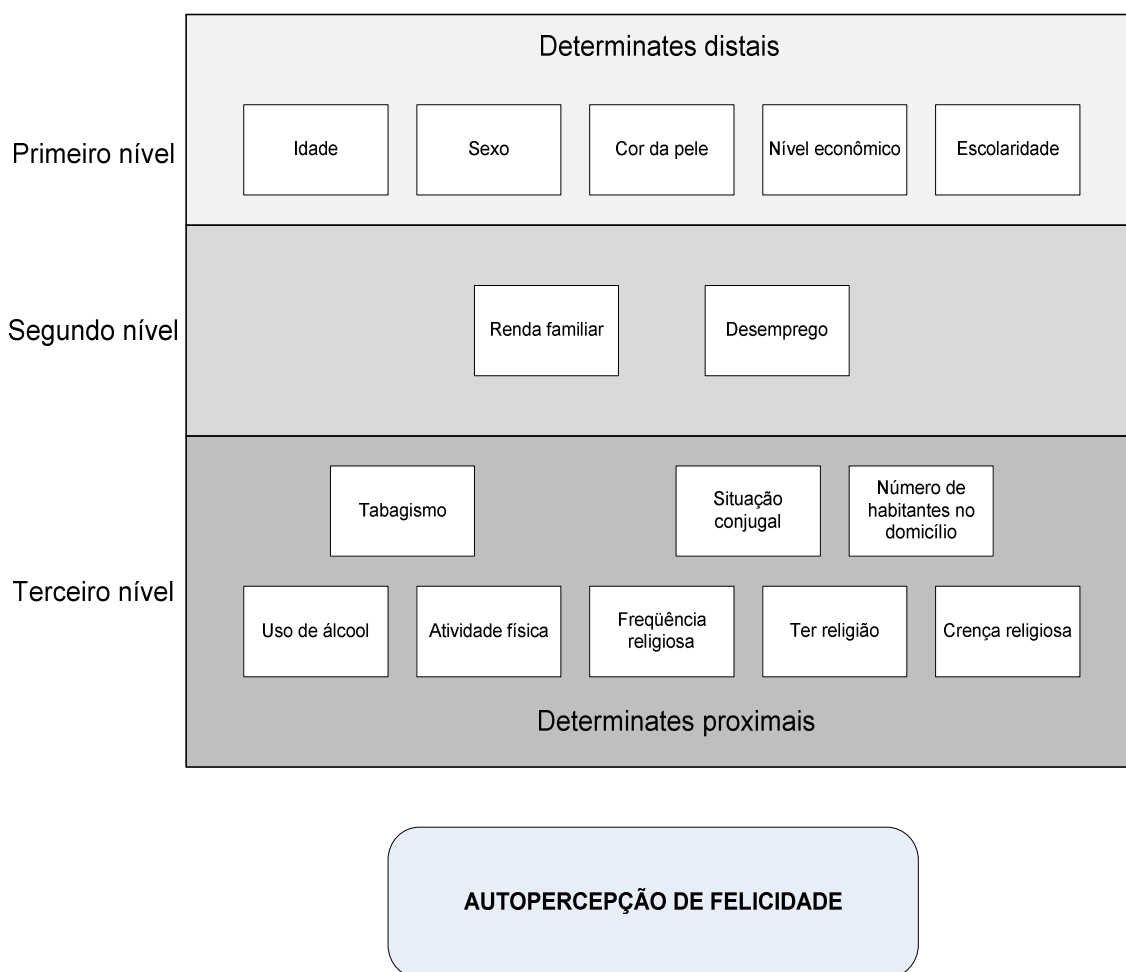


Figura 2. Modelo de análise proposto para pesquisa dos fatores possivelmente associados à autopercepção de felicidade.

4.17. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Os princípios éticos também serão resguardados aos indivíduos participantes através dos seguintes aspectos: haverá necessidade do consentimento por escrito para participação; será garantido o direito de não participação e o sigilo das informações coletadas a nível individual.

4.18. ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO

Este estudo está inserido em um consórcio de mestrado composto por 14 alunos do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal

de Pelotas do biênio 2007-2008. Será financiado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da mesma instituição e pelos próprios mestrandos participantes.

4.19. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Este estudo será divulgado por meio de apresentação e confecção de um volume da Dissertação para obtenção do título de mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas, pela publicação dos achados na forma de artigo em periódicos científicos e por meio de um sumário com os principais achados para a imprensa local.

4.20. CRONOGRAMA

Atividades	2007											2008										
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração do projeto	■	■	■	■	■	■	■															
Preparação do instrumento			■	■	■	■																
Estudo pré-piloto					■	■																
Amostragem						■																
Seleção dos entrevistadores							■	■														
Treinamento dos entrevistadores							■	■														
Estudo piloto							■	■														
Coleta de dados							■	■	■													
Digitação dos dados							■	■	■													
Limpeza dos dados							■	■	■	■												
Análise dos dados							■	■	■	■	■	■	■									
Redação do artigo														■	■	■	■	■	■	■	■	■
Defesa da dissertação																					■	

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Nettle D. Happiness: the science behind your smile. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- 2 Mancall M. Gross National Happiness and Development: An Essay. In: Ura K, Galay K, eds. *Gross national happiness and development*. Thimphu, Bhutan: The Centre for Bhutan Studies; 2004. p.1-50.
- 3 Seymour L. Health, wealth and the pursuit of happiness. *J R Soc Health* 2007;127(2):61-2.
- 4 Veenhoven R. Progrès dans la compréhension du bonheur. *Revue Québécoise de Psychologie* 1997;18:29-74.
- 5 Delamothe T. Happiness. *Bmj* 2005;331(7531):1489-90.
- 6 Felicidade: sempre falta um pedacinho. *Zero Hora* 2007 22 abr; Donna ZH.
- 7 El mundo que viene. *El Mundo* 2007p. 8-9; Opinión.
- 8 Cowley G. The science of happiness. *Newsweek* 2002;140(12):46-8.
- 9 Barak Y. The immune system and happiness. *Autoimmun Rev* 2006;5(8):523-7.
- 10 Danner DD, Snowdon DA, Friesen WV. Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. *J Pers Soc Psychol* 2001;80(5):804-13.
- 11 Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H, Heikkila K, Kaprio J, Koskenvuo M. Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *Am J Epidemiol* 2000;152(10):983-91.
- 12 Campbell A. Subjective measures of well-being. *Am Psychol* 1976;31(2):117-24.
- 13 Organização Mundial da Saúde. WHOQOL: Measuring quality of life; 1997.
- 14 Ventegodt S, Hilden J, Merrick J. Measurement of quality of life I. A methodological framework. *ScientificWorldJournal* 2003;3:950-61.
- 15 Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Measurement of quality of life II. From the philosophy of life to science. *ScientificWorldJournal* 2003;3:962-71.
- 16 Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Measurement of quality of life III. From the IQOL theory to the global, generic SEQOL questionnaire. *ScientificWorldJournal* 2003;3:972-91.

- 17 Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept. *ScientificWorldJournal* 2003;3:1030-40.
- 18 Diener E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol* 2000;55(1):34-43.
- 19 Giacomoni CH. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Revista Temas em Psicologia* 2004;12(1).
- 20 McKeivitt C, Redfern J, La-Placa V, Wolfe CD. Defining and using quality of life: a survey of health care professionals. *Clin Rehabil* 2003;17(8):865-70.
- 21 McDowell I, Newell C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press; 1996.
- 22 Sparrenberger F, dos Santos I, Lima Rda C. [Epidemiology of psychological distress: a population-based cross-sectional study]. *Revista de saude publica* 2003;37(4):434-9.
- 23 Silva RAd, Horta BL, Pontes LM, Faria AD, Souza LDdM, Cruzeiro ALS, et al. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. *Caderno de Saúde Pública* 2007;23(5):1113-8.
- 24 Myers DG. The funds, friends, and faith of happy people. *Am Psychol* 2000;55(1):56-67.
- 25 World Values Survey. The Values Surveys: 1981-2004. Feeling of happiness. <http://www.idsurvey.net/bdasepids/QuestionMarginals.jsp> (01 ago 2007).
- 26 Cummins RA. The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research* 1998;43:307-34.
- 27 Dear K, Henderson S, Korten A. Well-being in Australia--findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37(11):503-9.
- 28 Subramanian SV, 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. *J Epidemiol Community Health* 2005;59(8):664-9.
- 29 Lee S. Marital status, gender, and subjective quality of life in Korea. *Dev Soc* 1998;27(2):35-49.

- 30 Costa PT, Jr., McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol* 1980;38(4):668-78.
- 31 Lu L. The relationship between subjective well-being and psychosocial variables in Taiwan. *J Soc Psychol* 1995;135(3):351-7.
- 32 Lu L. Personal or environmental causes of happiness: a longitudinal analysis. *J Soc Psychol* 1999;139(1):79-90.
- 33 Lykken D, Tellegen A. Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science* 1996;7(3):186-9.
- 34 Diener E, Seligman ME. Very happy people. *Psychol Sci* 2002;13(1):81-4.
- 35 Lucas RE, Clark AE, Georgellis Y, Diener E. Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychol Sci* 2004;15(1):8-13.
- 36 Stubbe JH, de Moor MH, Boomsma DI, de Geus EJ. The association between exercise participation and well-being: a co-twin study. *Prev Med* 2007;44(2):148-52.
- 37 Grad FP. The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization* 2002;80(12):981-2.
- 38 Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Revista de saude publica* 1997;31(5):538-42.
- 39 Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? *Psychol Bull* 2005;131(6):925-71.
- 40 Ostir GV, Markides KS, Peek MK, Goodwin JS. The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosom Med* 2001;63(2):210-5.
- 41 Diener E, Lucas RE. Personality and subjective well-being. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N, eds. *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation; Personality and subjective well-being.
- 42 Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeir M, Cardozo S. [Prevalence of smoking and associated factors in a metropolitan area in the southern region of Brazil]. *Revista de saude publica* 1995;29(1):46-51.
- 43 Costa JS, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AM, et al. [Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study]. *Revista de saude publica* 2004;38(2):284-91.

44 Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(11):1894-900.

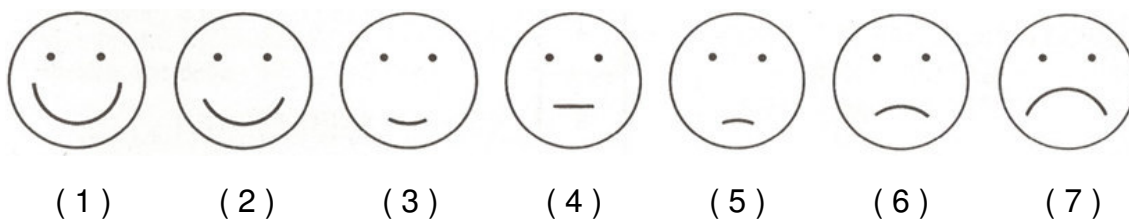
45 Dean AG, Daen JA, Coulombier D, Burton AH, Brendel KA, Dicker RC, et al., eds. A word-processing, database, and statistics program for Public Health on IBM-compatible microcomputers. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

46 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.
www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm

ANEXO 1. Questionário

AGORA VOU LHE MOSTRAR ALGUMAS FACES QUE EXPRESSAM VÁRIOS SENTIMENTOS, DESDE UMA PESSOA QUE SE SENTE MUITO FELIZ (APONTAR PARA A PRIMEIRA FACE) ATÉ UMA PESSOA QUE SE SENTE MUITO INFELIZ (APONTAR PARA A ÚLTIMA FACE PASSANDO POR TODAS AS DEMAIS FACES INTERMEDIÁRIAS)

A35) Qual dessas faces mostra melhor o jeito como o(a) Sr.(a) se sente, pensando em sua vida como um todo?



A154) O(a) Sr.(a) está trabalhando atualmente?

- (0) Não → **Desempregado** há ___ meses ___ anos
- (1) Sim
- (2) Aposentado
- (3) Encostado
- (4) Estudante
- (5) Dona de casa
- (6) Outro _____
- (9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE RELIGIÃO

A155) O(a) Sr.(a) se considera...

- (0) **Muito religioso(a)**
- (1) **Mais ou menos religioso(a)**
- (2) **Pouco religioso(a)**
- (3) **Nada religioso(a)**
- (9) IGN

A156) O(A) Sr.(a) tem alguma religião?

- (0) Não → Pule para a pergunta A157
- (1) Sim
- (9) IGN

A157) **Qual?**

- (1) Católica
- (2) Evangélica
- (3) Espírita
- (4) Afro-brasileira
- (5) Testemunha de Jeová
- (6) Outros _____
- (8) NSA
- (9) IGN

A158) **Nos últimos 30 dias o Sr.(a) foi à missa, culto ou sessão religiosa?**

- (0) Não (1) Sim (9) IGN **Quantas vezes?** __ __ (88) NSA (99) IGN

AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE FREQUÊNCIA E A QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA QUE O(A) SR.(A) CONSOME.

A159) **Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida de álcool?**

- (0) Não → *Pule para a pergunta A161* (1) Sim (9) IGN

A160) **Durante os últimos 30 dias, em quantos dias por semana ou por mês, aproximadamente, o(a) Sr(a) consumiu bebidas alcoólicas?**

__ __ Dias por semana

__ __ Dias por mês

(88) NSA

(99) IGN

CONSIDERAMOS QUE UMA DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA É IGUAL A UMA LATA DE CERVEJA, OU UMA TAÇA DE VINHO, OU UM DRINQUE OU COQUETEL OU UMA DOSE DE CACHAÇA OU DE UÍSQE.

A161) **Sendo assim, nos dias em que o(a) Sr.(a) bebeu, quantas doses, em média, o Sr(a) ingeriu por dia?**

__ __ Doses por dia

(88) NSA

(99) IGN

ANEXO 2. Manual de instruções

PERGUNTA A36. Qual dessas faces mostra melhor o jeito como o(a) Sr.(a) se sente, pensando em sua vida como um todo?

Mostre o cartão com as faces ao fazer a pergunta e anote a resposta apontada pelo entrevistado.

PERGUNTA A154. O(a) Sr(a) está trabalhando atualmente?

Não leia as opções de resposta para o entrevistado.

Quando a resposta for **NÃO**, pergunte se ele(a) realmente está desempregado(a) EX: uma pessoa responde **NÃO**. Você então pergunta se está desempregado. Caso a pessoa diga que está aposentada, anote (2) *aposentado* e coloque “88” para *meses* e para *anos* de desempregado (a).

Caso a resposta for **NÃO** e o indivíduo confirmar que está desempregado(a), pergunte há quanto tempo. Se a resposta for em anos, anote o número de anos na margem do questionário. Se a resposta for em meses, anote o número de meses.

Anote “00” em meses caso a resposta tenha sido dada em anos.

Anote “00” em anos caso a resposta tenha sido dada em meses.

Caso o entrevistado(a) dê uma resposta não contemplada nas alternativas, assinale “**outros**” e anote a resposta.

PERGUNTA A155. O(A) Sr.(a) se considera? (LER OPÇÕES)

Leia as alternativas e anote a resposta.

PERGUNTA F156. O(a) Sr.(a) tem alguma religião?

Assinale a resposta.

Caso a resposta seja **NÃO**, pule para a pergunta A158.

PERGUNTA A156. Qual?

Assinale apenas uma opção.

Quando a resposta for umbanda, assinale a resposta afro-brasileira.

Se a resposta não estiver contemplada em alguma das alternativas, assinale a opção **OUTROS** e anote o nome da religião informada pelo(a) entrevistado(a).

PERGUNTA A158. Nos últimos 30 dias o Sr.(a) foi à missa, culto ou sessão religiosa?

Se a resposta for **NÃO**, pule para a pergunta XX.

Se a resposta for **SIM**, pergunte quantos dias ele(a) frequentou alguma missa, culto ou sessão religiosa nos últimos 30 dias.

Caso o entrevistado dê uma resposta em número médio de dias por semana, multiplique por 4 para dar o número de dias nos últimos 30 dias. Essa multiplicação deve ser feita ao final da entrevista, depois de deixar a xasa do entrevistado

Ex: “Fui à missa umas 2 vezes por semana nestes últimos 30 dias”. $4 \times 2 = 08$ (resposta a ser anotada).

PERGUNTA A159. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou alguma outra bebida de álcool?

Caso o(a) entrevistado(a) cite alguma outra bebida de álcool como bebidas do tipo “ice”, “batidas”, “rum”, coloque **SIM** na resposta. Caso seja citada alguma bebida diferente das apontadas acima, anote o nome desta bebida ao lado da pergunta.

Se a resposta for **NÃO**, pule para a pergunta A161.

PERGUNTA A160. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias, por semana ou por mês, aproximadamente, o(a) Sr(a) consumiu bebidas alcoólicas?

Preencha com o número de dias, por semana ou por mês, conforme a resposta dada pelo entrevistado(a), que ele(a) consumiu bebidas alcoólicas. Caso ele(a) tenha respondido por semana, preencher o espaço “por mês” com 00. Se, ao contrário, ele(a) responder por mês, preencha o espaço por “por dia” com 00.

PERGUNTA A161. Sendo assim, nos dias em que o(a) Sr.(a) bebeu, quantas doses, em média, o Sr(a) ingeriu por dia?

Preencha com o número médio de doses ingeridas nos dias em que o(a) entrevistado(a) bebeu bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias.

Caso o(a) entrevistado(a) não recorde o que é uma dose, releia o enunciado acima da questão explicando o que é uma dose.

Se o entrevistado responder em garrafas de cerveja, leia novamente ao entrevistado o que é uma dose. Caso ele ainda responda em garrafas de cerveja, só tenha a preocupação de ver que tipo de garrafa e anote a resposta ao lado. EX: 2 garrafas de cerveja (grande, não long-neck) por dia.

1. INTRODUÇÃO

A coleta de dados da turma de mestrado 2007/2008 do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi realizada sob a forma de um consórcio de pesquisa. Isto é, em uma única pesquisa, foram investigadas tanto questões gerais de saúde, quanto aspectos específicos, relacionados ao objeto de estudo de cada um dos 14 mestrados envolvidos. A Tabela 1 apresenta os alunos do mestrado envolvidos no consórcio, conforme suas áreas de graduação e o tema de suas dissertações.

A realização conjunta do trabalho teve como principal finalidade diminuir custos e sistematizar a coleta de dados, viabilizando a conclusão dos estudos em tempo relativamente curto.

Além dos 14 mestrados, participaram da organização do trabalho de campo, a professora coordenadora, Maria Cecília Assunção, o monitor da disciplina de Prática de Pesquisa IV do PPGE, Ms. Samuel Dumith, e uma secretária contratada para auxiliar no trabalho de campo, Graciela Kruger.

Tabela 1: Descrição dos mestrados, área de graduação e tema de estudo no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.

Nome	Área profissional	Tema de estudo
Alan Knuth	Educação Física	Comparação da Atividade Física após 5 anos
Giovâni Del Duca	Educação Física	Incapacidade funcional em idosos
Suele Silva	Educação Física	Orientação para prática de atividade física
Suelen Cruz	Psicologia	Violência urbana
Vera Silva	Medicina	Artrite reumatóide
Leonardo Alves	Medicina	Angina pectoris
Diogo Scalco	Medicina	Autopercepção de felicidade
M ^a Aurora César	Medicina	Validação de hipertensão referida
Gisele Nader	Medicina	Comparação de uso de serviços médicos após 15 anos
Vanessa Collete	Medicina	Constipação intestinal
Victor Castagno	Medicina	Uso de serviços oftalmológicos
Alethea Zago	Medicina	Doação de sangue
Janaína Santos	Nutrição	Insegurança alimentar
M ^a Beatriz Camargo	Odontologia	Uso de serviços odontológicos

2. QUESTIONÁRIOS E MANUAL DE INSTRUÇÕES

O questionário final foi elaborado por todos os mestrandos em conjunto, tendo sido subdividido em dois blocos, conforme explicitado abaixo:

Bloco A – Questionário Geral:

Aplicado a todos os indivíduos com 20 anos de idade ou mais residentes nos domicílios visitados.

Continha algumas questões a serem observadas pela entrevistadora (sexo e cor/raça do entrevistado), questões gerais como escolaridade e tabagismo, além de outras perguntas, referentes aos temas específicos de cada mestrando.

Bloco B – Questionário Domiciliar:

Aplicado somente a um indivíduo por domicílio, preferencialmente a dona de casa. Foi constituído por questões referentes à renda familiar, bens da família e telefone para contato.

Paralelamente à confecção do questionário, um manual de instruções foi elaborado com o objetivo de auxiliar as entrevistadoras na execução do trabalho de campo. Este continha informações gerais sobre como proceder nas entrevistas domiciliares, métodos ideais de abordagem dos entrevistados, estratégias para reversão de recusas e instruções específicas acerca da aplicação, preenchimento e codificação de cada um dos itens do questionário. Além disto, também apresentava uma escala de plantões dos mestrandos, com o telefone para contato de cada um deles.

As questões específicas do presente projeto encontram-se no anexo do Projeto de Pesquisa. Os blocos A e B, bem como o manual de instruções encontram-se no site:

http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/projetos_de_pesquisas/consorcio2007/index.php

3. AMOSTRAGEM

O processo de amostragem incluiu dois estágios principais. Inicialmente, os 404 setores censitários domiciliares da zona urbana do município de Pelotas foram

listados em ordem decrescente de renda média do chefe da família de seus domicílios, de acordo com o censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Como descrito na seção 4.9 da metodologia do projeto de pesquisa, determinou-se que seriam incluídos na pesquisa 126 setores censitários. O número de setores a serem sorteados foi definido arbitrariamente, de forma a reduzir o efeito de delineamento decorrente do processo de amostragem, mas também não tornar o trabalho de campo demasiadamente custoso e demorado.

Para obter o intervalo para seleção sistemática dos setores, respeitando a probabilidade proporcional ao tamanho, dividiu-se o número de domicílios da zona urbana de Pelotas (92.407) pelos 126 setores a serem sorteados. O resultado forneceu o valor do “pulo” entre os domicílios (733). Para a definição do primeiro setor foi escolhido aleatoriamente o de número 196. Os setores subsequentes foram selecionados a partir da adição do valor do “pulo” (733) sucessivamente até se obter os 126 setores. Como um setor foi sorteado duas vezes, o número de setores a ser visitado ficou em 125, com um deles tendo o dobro de domicílios a visitar.

Tendo em vista o total aproximado de 3000 de indivíduos necessários para o estudo, estimado pelo cálculo de tamanho de amostra de todos os mestrandos, e do número médio de indivíduos elegíveis para o estudo por domicílio (2,1, segundo IBGE), concluiu-se que seria necessária uma amostra com cerca de 1428 domicílios ($3000 / 2,1$), divididos entre os 126 setores (11 domicílios por setor).

4. RECONHECIMENTO DOS SETORES CENSITÁRIOS

O processo de reconhecimento dos setores censitários consistiu em percorrê-los a fim atualizar o número de domicílios realmente ocupados. Isto foi necessário em virtude da possível desatualização do número de domicílios nos setores censitários, uma vez que o processo de amostragem se baseou nos dados do censo populacional do IBGE realizado no ano 2000.

Para essa tarefa, 30 mulheres visitaram todos os domicílios dos setores censitários sorteados. Nesse momento, realizou-se a contagem de domicílios de cada setor, sendo estes listados e identificados quanto à sua situação: residencial, comercial ou desabitado.

O processo estendeu-se de 17 a 30 de setembro de 2007. Durante esse período, os mestrandos (supervisores de campo) foram responsáveis pela revisita de todos os setores, com o objetivo de fazer o controle de qualidade.

Todo este procedimento possibilitou que os endereços dos setores sorteados fossem obtidos, facilitando a seleção dos domicílios e tornando, assim, mais simples o trabalho das entrevistadoras.

5. ESCOLHA DOS DOMICÍLIOS A SEREM PESQUISADOS

De posse da listagem de domicílios de todos os setores censitários, foram excluídos aqueles exclusivamente comerciais ou desocupados. O processo de escolha dos domicílios a serem visitados em cada setor deu-se da seguinte forma:

1º passo: dividiu-se o número de domicílios do setor por 11 (número médio de domicílios que se esperava visitar por setor), obtendo o número do “pulo” a ser considerado para cada setor, que era proporcional ao tamanho do mesmo.

2º passo: com o pulo definido, o primeiro domicílio a ser visitado era escolhido aleatoriamente. Para este procedimento, foi utilizado o programa Stata 9.

3º passo: para que todo setor fosse percorrido, somava-se ao domicílio inicial o valor do pulo até que se chegasse ao fim do setor.

Ao final do processo de reconhecimento dos setores censitários e a sistematização do sorteio dos domicílios a serem visitados pela pesquisa, foi contabilizado o número final de 1522 domicílios incluídos no estudo.

6. RECONHECIMENTO DOS DOMICÍLIOS

Após a seleção dos domicílios que iriam compor a amostra, cada mestrando visitou pessoalmente as residências selecionadas sob sua responsabilidade. Isso foi feito com o objetivo de entregar uma carta de apresentação da pesquisa aos moradores da casa, além de explicar os objetivos da mesma. Ainda, foram coletados, nesta visita, nome, sexo, idade e telefone dos moradores, aproveitando-se a oportunidade para agendar, quando possível, dias e horários para a visita da entrevistadora e realização da entrevista.

7. DIVULGAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO À POPULAÇÃO

Com o objetivo de informar a população sobre a realização do estudo, os mestrandos solicitaram apoio aos principais meios de comunicação da cidade para divulgar o trabalho por meio de artigos, reportagens e entrevistas em jornais, programas de TV e de rádio. Como, exemplo, citamos:

- Diário Popular (www.diariopopular.com.br/11_10_07/p0501.html);
- Endereço eletrônico do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (www.epidemiologia.ufpel.org.br/noticias.php?id_noticias=325);
- Programa Pampa Meio-dia (TV Pampa).

8. ESTUDO PRÉ-PILOTO

Um estudo pré-piloto em setor censitário não selecionado para a amostra foi realizado no dia 30/09/2007, com a aplicação de pelo menos um questionário geral e um domiciliar a indivíduos com 20 ou mais anos de idade por cada mestrando. Esta etapa teve como objetivo averiguar a aplicabilidade do instrumento, procurando observar questões como o tempo de duração das entrevistas, entendimento das questões e viabilidade do uso do esfigmomanômetro digital.

No dia seguinte à realização do estudo pré-piloto, foi realizada uma reunião do grupo de mestrandos para apontar os principais problemas e fazer as últimas modificações no questionário e no manual de instruções.

9. SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

O processo seletivo para a contratação de entrevistadoras foi divulgado por meio de cartazes afixados nas faculdades de Medicina, Odontologia e Educação Física da UFPel e na Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Além disso, foram também contactadas entrevistadoras que haviam participado de pesquisas anteriores e com boas referências do PPGE/UFPel. Foi acordado entre os mestrandos, que aquelas que tivessem participado do processo de reconhecimento dos setores censitários com um bom desempenho seriam candidatas prioritárias à função de entrevistadora.

Os critérios exigidos para a inscrição foram: ser do sexo feminino, ter segundo grau completo e ter disponibilidade de ao menos 40 horas semanais.

Houve 54 candidatas a entrevistadoras. Todas foram submetidas a um treinamento de 40 horas, realizado no período de 15 a 19 de outubro, no Anfiteatro da Faculdade de Medicina da UFPel. Apenas 46 completaram o treinamento e somente 30 foram selecionadas.

Segue abaixo um quadro com a descrição da sistemática adotada no treinamento das entrevistadoras:

Quadro 1: Processo de treinamento de entrevistadores.

Horário	Seg (15/10)	Ter (16/10)	Qua (17/10)	Qui (18/10)	Sex (19/10)
8:00 – 9:00	Apresentação dos mestrandos e do trabalho de entrevistador (Cecília)	Atividade Física (Alan)	Orientação para Prática de atividade física (Suele)	Violência (Suélen)	Prova teórica (início às 8h30min)
9:00 – 9:45		Angina (Leonardo)	Serviço médico (Gisele)	Insegurança alimentar (Janaína)	Prova teórica
9:45 – 10:00	Intervalo para o café	Intervalo para o café	Intervalo para o café	Intervalo para o café	Prova teórica
10:00 – 11:00	Bloco geral (Vanessa)	Constipação (Vanessa)	Serviço oftalmológico (Victor)	Bloco domiciliar (Janaína)	Prova teórica
11:00 – 12:00	Dramatização dos questionários do turno	Dramatização dos questionários do turno	Dramatização dos questionários do turno Entrega de um questionário para cada entrevistadora	Dramatização dos questionários do turno	Discussão e correção da prova pelos mestrandos
12:00 – 14:00	Intervalo para almoço	Intervalo para almoço	Intervalo para almoço	Intervalo para almoço	Intervalo para almoço
14:00 – 15:00	Doação de sangue (Alethea)	Hipertensão arterial sistêmica (Aurora)		Estudo Piloto	Reunião dos mestrandos no CPE
15:00 – 15:45	Sintomas articulares Crônicos (Vera)	Hipertensão arterial sistêmica (Aurora)	Serviço odontológico (Beatriz)	Estudo Piloto	
15:45 – 16:00	Intervalo para o café	Intervalo para o café	Intervalo para o café	Estudo Piloto	
16:00 – 17:00	Incapacidade funcional (Giovâni)	Felicidade (Diogo)	Discussão do questionário	Estudo Piloto	
17:00 – 18:00	Dramatização dos questionários do turno	Dramatização dos questionários do turno	Discussão do questionário	Estudo Piloto	Divulgação do resultado de aprovação por telefone (Graciela)

No primeiro turno de treinamento, a coordenadora do consórcio 2007/2008 apresentou o Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE), comentou sobre o trabalho de entrevistadora, do valor a ser recebido pelo trabalho e do compromisso e seriedade esperados para exercer tal função.

Após, cada mestrando responsabilizou-se em apresentar e explicar seu instrumento de pesquisa, além de esclarecer as dúvidas que surgissem. Ao final de cada turno eram realizadas dramatizações com o objetivo de simular situações ocorridas durante a aplicação do pré-piloto e contribuir para familiarização com o questionário.

Na tarde do penúltimo dia, foi realizado um estudo piloto que fez parte tanto da avaliação como do treinamento das entrevistadoras, descrito no próximo tópico.

No último dia do treinamento, as entrevistadoras realizaram uma prova escrita com 20 questões sobre situações de campo e perguntas específicas de cada questionário. No mesmo dia, após correção da prova escrita, avaliação do desempenho no estudo piloto e durante todo o treinamento, foram selecionadas as 30 entrevistadoras que iniciariam o trabalho de campo.

10. ESTUDO PILOTO

Da mesma forma que no estudo pré-piloto, foram escolhidos dois setores censitários não incluídos na amostra do estudo. Este foi realizado no dia 18/10/2007 e consistiu na condução de uma entrevista por cada candidata a entrevistadora, supervisionada por um mestrando. No total, foram realizadas cerca de 46 entrevistas, com cada mestrando supervisionando três ou quatro candidatas.

Além de fazer parte da avaliação para escolha das entrevistadoras, esta etapa teve como objetivo verificar possíveis falhas ainda existentes nas questões e/ou manual de instruções.

11. COLETA DE DADOS

Com a divulgação da pesquisa já realizada, tanto por meio da imprensa quanto por meio da entrega das cartas de apresentação pelos mestrandos, no dia 23

de outubro de 2007 as entrevistadoras iniciaram o trabalho de campo, que se estendeu até o dia 15 de janeiro de 2008.

No primeiro dia de trabalho, as entrevistadoras receberam todo o material necessário para suas atividades: questionários, manual de instruções, esfigmomanômetro digital, termos de consentimento, instrumentos adicionais (escala de faces, livro com fotografias dos postos de saúde e figura para estudo da angina pectoris), lápis, borracha, apontador, pasta, crachá, carta de apresentação, planilha dos setores com os domicílios a serem visitados, cartão telefônico para contato com os supervisores de campo e vale-transporte.

As entrevistadoras eram orientadas a codificar o questionário ao final de cada dia de trabalho, a fim de minimizar erros. A revisão da codificação dos questionários ficou sob responsabilidade de cada mestrando que coordenava o campo naquele setor. Além disso, os mestrandos que tinham questões abertas revisaram suas respostas em todos os questionários da amostra.

Reuniões semanais entre cada entrevistadora e seu respectivo supervisor de campo foram realizadas. Os questionários aplicados eram devolvidos e outros em branco eram entregues. Além disso, eram abordadas dúvidas referentes a codificações das variáveis, às respostas dos questionários, à logística do estudo ou a outras questões que surgissem.

As atividades do consórcio de pesquisa foram centralizadas em uma sala exclusivamente destinada para tal, onde era armazenado todo o material destinado à pesquisa, assim como os questionários recebidos. Durante todo o período do trabalho de campo, procurou-se avaliar e projetar o andamento do mesmo, por meio da monitorização do número total de domicílios completos, parciais, contatados, perdas e recusas.

Uma escala de plantão de finais de semana foi elaborada para que as entrevistadoras dispusessem de um supervisor para a resolução de problemas mais urgentes.

12. DIGITAÇÃO E LIMPEZA DOS DADOS

A digitação ocorreu concomitante ao trabalho de campo, com dupla entrada por diferentes digitadores, através do programa Epi-info 6.04. Semanalmente, sete

lotes eram enviados para digitação e, nas sextas-feiras, era usada a função *validate* do Epi-info, para checagem das inconsistências entre as duas digitações. Eventuais dúvidas decorrentes de erros de preenchimento dos questionários eram solucionadas pelos mestrandos.

Durante o mês de fevereiro, duas mestrandas ficaram responsáveis pela limpeza do bloco geral do questionário. Após, cada mestrando ficou responsável pela análise de consistência de suas questões no banco de dados. Para isso foi utilizado o programa Stata 9.

13. CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade consistiu na revisita aleatória a 10% de todos os indivíduos da amostra identificados pelas entrevistadoras. No momento da revisita, realizada pelos mestrandos, foram aplicadas algumas questões do bloco geral, assim como algumas questões específicas do tema de pesquisa de cada mestrando.

Além dessa revisita para confirmação das entrevistas, a qualidade da coleta dos dados também foi assegurada pelos mestrandos a partir do contato diário com as entrevistadoras e constante supervisão de seu trabalho.

Próximo ao final do trabalho de campo, identificou-se fraude em cinco entrevistas de uma mesma família e, ainda no mesmo setor, a realização de uma entrevista por telefone. Essas seis entrevistas foram excluídas do banco de dados. Houve certificação da realização das demais entrevistas do setor através de um telefonema para cada domicílio restante, além da confirmação por um membro da família do recebimento dessa entrevistadora e da resposta do questionário.

14. PERDAS E RECUSAS

Foram considerados como perdas/recusas os casos em que, mesmo com insistência das entrevistadoras em dias e horários diferentes e, por último, novo contato do mestrando, não foi possível realizar a entrevista.

Dos 3180 indivíduos sorteados para fazer parte da amostra, 2986 foram entrevistados. O número total de perdas/recusas foi de 194 (6,1%), sendo a maior parte do sexo masculino (57,2%).

Ao analisar a proporção de perdas/recusas conforme faixa etária, observou-se que foi discretamente maior nos extratos da população com mais idade. Vide Tabela 2.

Tabela 2. Descrição do tamanho da amostra e percentual de perdas e recusas, conforme a faixa etária.

Faixa etária	Tamanho da amostra	Número de perdas/recusas	Percentual de perdas/recusas
20 - 39 anos	1344	72	5,4%
40 - 59 anos	1192	76	6,4%
60 anos ou mais	644	46	7,1%
Total	3180	194	6,1%

14. RELATÓRIO FINANCEIRO

Esse projeto de pesquisa foi financiado pelo CPE, através de recursos do Programa de Apoio a Pós-Graduação (PROAP) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelos 14 mestrados que dele participaram. O detalhamento financeiro das receitas e despesas encontra-se descrito nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3. Recursos obtidos para o Consórcio de Pesquisa do mestrado em epidemiologia do PPGE/UFPEL da turma 2007-2008.

Fonte	Receita (R\$)
PPGE/UFPEL	30.000,00
Mestrados	21.000,00
Total	51.000,00

Tabela 4. Despesas do Consórcio de Pesquisa do mestrado em epidemiologia do PPGE/UFPEL da turma 2007-2008..

Descrição	Valor (R\$)
Reconhecimento dos setores	3.860,00
Vale-transporte para "bateção"	170,00
Treinamento das entrevistadoras	1.542,53
Papel A4	2.200,00
Impressão: questionário e manual	2.910,00
Material de escritório	291,25
Cartões telefônicos	595,00
Vale-transporte para o campo	9.775,00
Entrevistas realizadas	24.104,00
Secretária	3.200,00
Digitação	1.600,00
Total	50.247,78

15. MODIFICAÇÕES

Durante a construção do artigo os autores optaram por reconsiderar o modelo de análise proposto no projeto, abdicando do modelo hierárquico e fazendo uma bivariada dos dados, exclusivamente. Esta modificação ocorreu a partir da dificuldade de interpretar as relações entre algumas variáveis independentes e o desfecho, devido à impossibilidade de afastar a causalidade reversa como provável hipótese explicativa.

AUTOPERCEPÇÃO DE FELICIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM
ADULTOS DE UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE BASE
POPULACIONAL

**SELF-PERCEPTION OF HAPPINESS AND ASSOCIATED FACTORS
IN ADULTS: A POPULATION-BASED STUDY IN SOUTHERN BRAZIL**

Manuscrito a ser submetido aos Cadernos de Saúde Pública

Diogo Luis Scalco¹

Cora Luiza Araújo¹

João Luiz Bastos¹

¹Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Departamento de Medicina Social,
Universidade Federal de Pelotas, RS.

Autor para correspondência:

Diogo Luis Scalco (dscalco@gmail.com)

Rua Carlos Silveira Martins Pacheco, 55. Bloco A, 1004.

Cristo Redentor - Porto Alegre, RS.

CEP: 91350-300.

Telefone: (51) 3207-7133

Fonte de auxílio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
(CAPES)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar os níveis de autopercepção de felicidade e sua associação com algumas características demográficas, socioeconômicas e comportamentais em uma população de adultos de uma cidade do sul do Brasil. Foi realizado um estudo transversal, de base populacional, em indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos (n=2.942). No presente estudo, felicidade foi definida como sendo “o grau, segundo o qual uma pessoa avalia positivamente a qualidade global de sua vida como um todo, no presente”. Autopercepção de felicidade foi aferida por meio de uma única pergunta associada a uma escala de faces. A prevalência de autopercepção de felicidade foi de 73,4%. Entre os principais achados do estudo estão a associação positiva entre autopercepção de felicidade e maior escolaridade e maior nível econômico e a associação negativa com estar desempregado. Ser mais jovem, entre os homens, e religiosidade, entre as mulheres, também foram preditores de maiores níveis de autopercepção de felicidade. Estar separada/divorciada ou ser viúva esteve associado a menores prevalências de autopercepção de felicidade apenas entre as mulheres. Partindo-se do pressuposto que felicidade é uma condição associada a desfechos positivos em saúde, além de ser um fim por si só, torna-se importante identificar as características das pessoas que se autodefinem como felizes. Tal conhecimento poderia contribuir para a formulação de políticas e estratégias que visem aumentar o bem estar populacional, além de permitir a visualização de grupos populacionais mais vulneráveis em termos de saúde.

Palavras-chave: felicidade; estudos transversais; fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate self-perception of happiness and associated factors in a Southern Brazilian city. A cross-sectional population-based study was carried out with individuals aged 20 years and over (N = 2,942). Self-perceived happiness was defined as the degree to which a person evaluates the overall quality of his/her present life-as-a-whole positively, through a single question with a “smiley-scale”. The prevalence of self-perceived happiness was 73.4%, and it was positively associated with educational attainment and economic level, whereas it was negatively associated with unemployment. Young men and religious women also showed higher prevalence of happiness. Among women, being separated/divorced or widowed was associated with a lower prevalence of happiness. Since happiness predicts better health, it is important to know who is happy, in order to contribute to the formulation of public policies and strategies to increase general well-being and detect people most vulnerable in terms of health.

Keywords: happiness; cross-sectional studies; socioeconomic factors.

INTRODUÇÃO

A idéia de que felicidade é central na experiência de vida do homem remonta à antigüidade. Na Grécia antiga, quatro séculos antes de Cristo, o filósofo *Aristippus* afirmava que “o objetivo central da vida de cada ser humano seria maximizar seus prazeres”¹. Na mesma linha, no século XIX, filósofos utilitaristas reivindicavam que o “objetivo primordial das políticas sociais seria gerar mais felicidade para um maior número de pessoas”².

No campo político, a discussão é mais atual. O governo do pequeno Reino de Butão recentemente anunciou que o objetivo a ser alcançado por suas políticas públicas seria o aumento da “felicidade nacional bruta” ao invés do “produto nacional bruto” (ou produto interno bruto – PIB)³. Em países como a Inglaterra, a pretensão não parece ser tão grande, mas planejadores de políticas de saúde discutem a necessidade do uso de estimativas de satisfação de vida e felicidade da população como indicadores de bem-estar populacional⁴.

Crescente importância tem sido dado ao tema, no Brasil e em outros países, por meio de editoriais em revistas médicas de grande circulação⁵, informações e reportagens na mídia escrita, falada e eletrônica⁶⁻⁸. Tal fato pode ser ilustrado por meio de uma busca na base de dados PubMed com os descritores “happiness”, “public health” e “epidemiology” nos períodos de 1980-1999 e 2000-2007. A produção científica localizada com “happiness” perfaz 14,1% (N = 448) e 17,1% (N = 731) de todos os trabalhos encontrados com “public health” e “epidemiology” nos períodos destacados, respectivamente.

Paralelamente, passam a despontar estudos demonstrando associação entre felicidade e estados correlatos com desfechos positivos em saúde. Barak⁹ apresenta uma revisão de literatura mostrando associação de afeto positivo com melhor resposta imune. De maior relevância foi um estudo longitudinal com freiras acompanhadas por décadas, o qual apontou que aquelas com mais afeto positivo, demonstrado por meio da análise de anotações em seus diários quando jovens, tiveram uma expectativa de vida cerca de dez anos maior do que aquelas classificadas com menos afeto positivo¹⁰. De modo semelhante, Koivumaa-Honkanen et al.¹¹ concluíram que através de um questionário com perguntas sobre satisfação de vida foi possível prever menores taxas de mortalidade numa população de finlandeses adultos, especialmente entre indivíduos do sexo masculino.

Estudar o tema felicidade, entretanto, é desafiador, a começar pela dificuldade em defini-la. Considerada por Diener¹² como um termo coloquial para bem-estar subjetivo e sinônimo de qualidade de vida para dois terços dos indivíduos, em um estudo com profissionais de saúde realizado na Inglaterra¹³, felicidade será no presente trabalho entendida de acordo com a definição de Veenhoven. Este autor a descreve como um construto semelhante à satisfação de vida: “o grau, segundo o qual uma pessoa avalia positivamente a qualidade global de sua vida como um todo, no presente”¹⁴. Em outras palavras, felicidade será entendida como o quanto a pessoa está satisfeita com, ou gosta da vida que leva. Atem-se à apreciação que o indivíduo faz de sua vida no presente, ainda que esta possa sofrer influências do afeto momentâneo, de eventos passados na vida ou de perspectivas futuras.

Estudos apontam que, embora construtos como felicidade e afeto positivo apresentem validade discriminatória entre si, representam medidas de bem estar com alto grau de

correlação^{15, 16}. Tal afirmação, somada ao relatado no próximo parágrafo, justificam a opção dos autores pela utilização de comparações dos achados desta pesquisa com os de outras, que utilizaram diferentes desfechos de bem estar.

Estudos epidemiológicos que apresentem informações a respeito dos níveis de autopercepção de felicidade populacionais e de fatores associados são relativamente escassos no Brasil, ainda que no mundo venham crescendo nos últimos anos. Este estudo objetivou estudar a percepção de indivíduos adultos acerca de sua condição de felicidade e verificar a associação com algumas características demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

MÉTODOS

Entre outubro de 2007 e janeiro de 2008, realizou-se um estudo transversal de base populacional na zona urbana do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Esta investigação foi conduzida por uma turma de mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Os dados foram coletados através de um único questionário com questões gerais e itens específicos do interesse de cada pesquisador¹⁷.

Pelotas está situada ao sul do estado do Rio Grande do Sul e, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possuía 339.934 habitantes no ano de 2007, sendo que 93,2% residiam na área urbana do município¹⁸. A população-alvo do presente estudo incluiu os moradores da área urbana, de 20 anos ou mais de idade, excluídos

os indivíduos institucionalizados, residindo em prisões ou instituições de longa permanência para idosos.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizado o programa Epi-Info. Considerando prevalências de autopercepção de felicidade de 60%, 70% e 80%, nível de confiança de 95%, poder de 80% e erro aceitável de dois pontos percentuais, acréscimo de 10% para perdas e recusas e mais 50% para compensar o efeito de delineamento amostral, a amostra necessária deveria incluir 2.516 indivíduos. Num segundo momento, procedeu-se outro cálculo para verificar a associação entre autopercepção de felicidade e as variáveis independentes, considerando os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, poder de 80% e risco relativo a ser detectado de 1,2, levando-se em conta as prevalências conhecidas ou estimadas das variáveis independentes a serem estudadas na população de Pelotas. Após acréscimo de 10% para perdas ou recusas e 50 % para o efeito de delineamento amostral, estimou-se um tamanho amostral de 1.635 indivíduos. O número final de entrevistados ultrapassou estes valores, tendo em vista que uma amostra maior foi necessária para atender os objetivos de estudos de outros pesquisadores envolvidos no trabalho.

A amostra foi selecionada em dois estágios. As unidades primárias de amostragem foram os 404 setores censitários urbanos, residenciais, de Pelotas. Após estratificação pela renda mensal média do chefe da família (IBGE, Censo 2000), foram sorteados 126 setores, com probabilidade proporcional ao tamanho. Uma vez que um setor foi sorteado duas vezes, o número final de setores da amostra totalizou 125. Em cada setor censitário foram amostrados de forma sistemática, aproximadamente 11 domicílios, com exceção do setor que foi sorteado duas vezes, o qual teve o dobro de domicílios visitados.

Todos os domicílios foram previamente visitados pelos pesquisadores responsáveis, com o intuito de convidar os moradores a participarem do estudo, além de identificar a idade, o sexo e o número de moradores. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de questionários padronizados por entrevistadoras treinadas que desconheciam os objetivos e as hipóteses do estudo. Os questionários foram testados e aprimorados a partir da realização de um estudo-piloto em um setor censitário não incluído na amostra.

Ao final do trabalho de campo, foram entrevistados 2.986 indivíduos entre os 3.180 elegíveis, o que corresponde a uma taxa de perdas/recusas de 6,1%. Dentre os entrevistados, 44 (1,5%) foram excluídos por não poderem responder por si mesmos ao questionário em decorrência de impedimento físico (incluídos aqueles com dificuldade visual importante) ou incapacidade mental relatada por co-habitantes do domicílio. Dessa forma, a amostra final incluída na presente análise foi composta por 2.946 indivíduos.

O desfecho investigado foi autopercepção de felicidade, mensurada através de uma pergunta acompanhada da escala de faces de Andrews e Whitey¹⁹ (Figura 1). Foram consideradas *felizes* as pessoas que apontaram as faces A ou B.

As variáveis independentes utilizadas foram:

- Demográficas - sexo: masculino ou feminino; idade: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 ou 60 anos ou mais; cor/raça autoclassificada como branca, preta/parda (agrupadas em uma única categoria por representarem, neste estudo, grupos populacionais semelhantes quanto à frequência do desfecho) e outros. Esta variável foi incluída no estudo com o

objetivo de captar alguma possível desigualdade no desfecho que não fosse contemplada pelas demais variáveis; e, situação conjugal: casado/com companheiro, solteiro, separado ou viúvo.

- Socioeconômicas - escolaridade: 0, 1-4, 5-8, 9-11 ou 12 anos ou mais de estudo; nível econômico: A, B, C, D/E (classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa²⁰); situação de trabalho: trabalhando, desempregado, dona de casa, aposentado/pensionista (agrupados em uma única categoria por representarem grupos populacionais semelhantes entre si – média de idade e prevalência do desfecho muito semelhantes), outros; número de habitantes no domicílio: 1, 2, 3, 4 e 5 ou mais.
- Comportamentais - tabagismo: não-fumante, ex-fumante ou fumante (uso de um ou mais cigarros por dia no último mês); ingestão de álcool: abstinência, uso moderado ou uso de risco (uso de uma ou mais doses padronizadas/dia, para mulheres e duas ou mais doses padronizadas/dia, para homens); atividade física: sedentário ou ativo (>150 minutos de atividade física leve ou moderada ou 75 minutos de atividade física forte na última semana, obtido através do IPAQ curto²¹); crença religiosa: muito, moderadamente, pouco ou nada religioso (auto percepção); ter religião: sim ou não; frequência religiosa: 0, 1-2, 3-4 e 5 ou mais vezes que frequentou missão/culto/sessão religiosa nos últimos 30 dias.

Os dados foram duplamente digitados no programa EpiInfo 6.04, com checagem automática de consistência e amplitude. Para controle de qualidade, 10% das entrevistas foram repetidas pelos pesquisadores com uma versão resumida do questionário.

A análise estatística foi realizada através do pacote estatístico Stata. Após análise descritiva da amostra, foi feita análise bruta de associação do desfecho com as variáveis

independentes, utilizando o teste de Wald para heterogeneidade e de tendência linear, no caso de variáveis categóricas ordinais. Para cada prevalência do desfecho foi calculado o intervalo de confiança de 95% (IC95%), levando em consideração o efeito de delineamento.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, tendo sido garantido sigilo das informações e obtido consentimento por escrito de todos os participantes previamente à entrevista.

RESULTADOS

Foram entrevistados 2.946 adultos, porém quatro não forneceram informações sobre autopercepção de felicidade, resultando numa amostra final de 2.942 indivíduos.

A Tabela 1 descreve a amostra total de acordo com as variáveis independentes investigadas e segundo o sexo. Houve um predomínio da população feminina (56,8%). Para ambos os sexos, a população estudada foi composta majoritariamente por indivíduos com cor da pele branca (cerca de $\frac{3}{4}$ da população) e pelas categorias B e C da classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, que representaram 80% da amostra, aproximadamente. O grupo com faixa etária maior de 60 anos de idade foi ligeiramente maior entre as mulheres, assim como o de indivíduos com nenhum ano de estudo, em comparação aos homens. Em relação à situação de trabalho, o desemprego foi discretamente mais comum entre as mulheres, ao passo que, diferentemente das mulheres, somente dois homens se

definiram na categoria de “donas de casa”. A proporção de mulheres que nunca fumou e que não consumiu álcool nos últimos 30 dias superou a de homens sensivelmente. Mais homens viviam na condição de casados/com companheira, enquanto o número de viúvas foi cerca de cinco vezes maior entre as mulheres. De maneira geral, as mulheres diziam ter religião, se consideravam mais religiosas e freqüentavam mais cultos/missas/sessões religiosas.

A distribuição quanto às faces apontadas, indicando níveis de autopercepção de felicidade, está apresentada na Figura 2. A prevalência global de indivíduos *felizes* foi de 73,4% (IC95% 71,2;75,5), sendo 71,6% (IC95% 69,0;74,1) entre as mulheres e 75,7% (IC95% 73,0;78,2) entre os homens.

A Tabela 1 também apresenta as prevalências de *felicidade* para cada categoria das variáveis independentes, com seus respectivos IC95%. A Tabela 2 mostra as razões de prevalência e respectivos valores-p.

Conforme a Tabela 2, é possível observar que, tanto entre os homens como entre as mulheres, a prevalência de indivíduos *felizes* foi maior entre aqueles com maior escolaridade e maior nível socioeconômico, assim como foi menor entre desempregados, aposentados e fumantes. Maiores prevalências de *felicidade* estiveram associadas a cor da pele preta/parda e com indivíduos mais jovens, entre os homens. Diferentemente, mulheres separadas ou viúvas apresentaram menores prevalências de *felicidade*, enquanto que mulheres mais religiosas - condição essa definida através da crença religiosa autopercebida e pela freqüência religiosa - apresentaram maiores prevalências de *felicidade*. Nível de atividade física, consumo de álcool

e o número de habitantes de domicílio não se mostraram associados com o desfecho em ambos os sexos.

DISCUSSÃO

A alta taxa de resposta observada neste estudo, bem como o caráter aleatório das perdas e recusas identificadas contribuem para a representatividade da amostra. Além disso, comparando-se a distribuição da amostra por sexo e faixa etária, com dados da população residente em Pelotas, obtidos no Censo de 2000 do IBGE¹⁸ e em estudos transversais de base populacional realizados anteriormente²², não foram encontradas diferenças importantes, o que reforça a validade interna do estudo.

Algumas possíveis limitações ou críticas ao presente estudo devem ser apontadas. As associações observadas nas análises bivariáveis não devem ser interpretadas como relações de causa e efeito. Pressupor causalidade é extremamente complexo e envolve algumas considerações. A precedência temporal da causa em relação ao efeito e o entendimento de que uma série de fatores pode interagir de modo bastante intrincado na determinação do desfecho são dois exemplos. Desta forma, este estudo propõe-se tão somente a identificar grupos populacionais cuja prevalência de felicidade autopercebida são maiores ou menores.

Um possível viés nas respostas poderia ser a contaminação pelo estado de ânimo ou outros fatores situacionais momentâneos. No entanto, outros estudos têm mostrado que é

grande a estabilidade de autopercepção de felicidade e construtos correlatos ao longo do tempo²³. Eid e Diener²⁴ encontraram que fatores situacionais têm pouca influência em comparação com fatores que influenciam medidas de bem estar subjetivo por longo tempo. A padronização da coleta dos dados e o ordenamento das questões no questionário foram realizados de modo a minimizar possíveis interferências.

A escolha do instrumento de único-item (uma única pergunta) para esta pesquisa tem algumas implicações. Embora medidas de múltiplos itens tenham como suposta vantagem o poder de captar os diversos componentes do construto felicidade, medidas de único-item, como a utilizada neste estudo, são de fácil aplicação e, conseqüentemente, mais apropriadas para uso em grandes inquéritos populacionais²⁵. A opção de dicotomizar o desfecho, com a escolha das duas faces mais “felizes” foi uma opção dos autores, baseada na análise de outros estudos e antecedeu a realização da pesquisa.

Os principais achados do presente estudo foram: a alta prevalência de autopercepção de felicidade na população estudada, a associação positiva entre ser *feliz* e ter maior escolaridade e ser de nível econômico mais elevado e, a associação negativa entre ser *feliz* e estar desempregado para ambos os sexos, o decréscimo da prevalência de *felicidade* com o aumento da idade entre os homens e a associação negativa entre ser separada ou viúva e autoperceber-se feliz entre as mulheres.

A prevalência encontrada de adultos *felizes* foi de 73% da população, resultado esse que corrobora achados de outros estudos que indicam que a grande maioria dos indivíduos

consideram-se *felizes*. Cummins^{19, 26} fez uma revisão com busca sistemática de mais de 2000 artigos selecionando 206 de vários países que apresentavam dados sobre satisfação de vida. A partir desses construiu um índice, que utilizou para chegar a um valor médio mundial de felicidade de 70% (erro padrão de 5%). Se aplicado o mesmo índice ao presente estudo, seu valor seria de 81,0% (IC95% 80,2;81,8%), mais alto do que a média global. Como já enfatizado, tais comparações devem ser cautelosas, o que não reduz a plausibilidade de que a grande maioria das pessoas se autopercebe feliz.

A tendência de maior prevalência de pessoas *felizes* entre os homens mais jovens foi marcante. No entanto, isto não se verificou entre as mulheres. Outros estudos não demonstraram um padrão consistente de variação de felicidade com a idade. Em um estudo transversal realizado na China, sem estratificação por sexo, Lu²⁷ encontrou que a satisfação de vida foi maior entre os idosos. Yang²⁸, a partir da análise de uma série de inquéritos consecutivos sobre felicidade, nos Estados Unidos da América, também mostrou um incremento dos níveis de felicidade com o aumento da idade, após controle para efeitos de coorte e de período, tanto entre homens como entre mulheres.

A associação entre felicidade e nível econômico, assim como com escolaridade, também foi significativa. Resultados similares ao presente estudo, foi encontrado entre adolescentes de Pelotas²⁹: utilizando instrumento semelhante, a pesquisa mostrou que indivíduos pertencentes a classes sociais mais privilegiadas apresentaram maior prevalência de bem-estar psicológico. Outros estudos realizados em diferentes países obtiveram achados semelhantes, tanto para nível econômico como para escolaridade³⁰⁻³². Os autores do presente estudo compartilham a hipótese levantada por Myers³³ de que tal associação seja especialmente

importante em países com maior desigualdade social, nos quais as camadas mais pobres da população não têm acesso a necessidades básicas como, por exemplo, a alimentação. Destaca-se também, nesta pesquisa, os níveis comparativamente reduzidos de indivíduos *felizes* entre o grupo com nenhum ano de escolaridade.

Assim como encontrado em outro estudo³², o desemprego esteve associado com menores níveis de autopercepção de felicidade. Lucas et al³⁴, através de uma análise prospectiva da satisfação de vida informada por mais de 20.000 pessoas, na Alemanha, durante um período de 15 anos, observou que o desemprego foi capaz de reduzir os níveis de satisfação de vida por longos períodos. Ser aposentado/pensionista também mostrou comportamento semelhante em relação à autopercepção de felicidade. Utilizando o mesmo banco de dados do estudo de Lucas et al³⁴, Pinquart e Schindler³⁵ concluíram que, embora a maioria dos adultos experienciaram a aposentadoria com discreto aumento inicial nos níveis de satisfação de vida, o comportamento para cada indivíduo foi muito dependente da interação com as circunstâncias externas e fontes de recursos individuais como situação conjugal e estado de saúde.

A situação conjugal, em relação às mulheres, mostrou forte associação com a felicidade autopercebida. Outros estudos³⁶ já têm mostrado que divórcio ou separação, assim como a perda do companheiro(a), são considerados eventos de vida estressantes que impactam negativamente na avaliação positiva que os indivíduos fazem de suas vidas. Curioso observar que tais diferenças não ocorreram entre os homens. Entretanto, a ausência de tal associação, ao menos entre o grupo de viúvos e casados/com companheiro, pode ter ocorrido devido a baixa prevalência de viúvos.

Entre as mulheres, a crença religiosa e maior frequência a cultos religiosos estiveram associadas positivamente com felicidade, ainda que com razões de prevalência não muito altas. Uma ampla revisão sistemática, conduzida por Moreira-Almeida et al³⁷, aponta que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico.

Algumas outras associações com autopercepção de felicidade foram detectadas no presente estudo. A ausência de destaque pelos autores é intencional, pois, ainda que existam, refletem razões de prevalência relativamente baixas. Entre estas citam-se as associações positivas de maiores prevalências de autopercepção de felicidade com ser do sexo masculino, classificar-se nas categorias de cor da pele preta ou parda para os homens e, nunca ter fumado, para ambos os sexos.. Esta última é a única destas associações reproduzida de forma mais consistente em outros estudos³².

Partindo-se do pressuposto de que estar feliz é uma condição associada a desfechos positivos em saúde, além de ser um fim por si só, torna-se importante identificar quem são as pessoas felizes e suas principais características. Tal conhecimento poderia ajudar na elaboração de políticas e estratégias que visem aumentar o bem-estar populacional por permitir a visualização de grupos populacionais mais vulneráveis em termos de saúde. Além disso, os resultados deste estudo podem contribuir para a formulação de hipóteses sobre os determinantes de felicidade, abrindo caminho para a realização de estudos epidemiológicos com desenhos prospectivos, com maior capacidade de identificar adequadamente associações causais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Nettle D. Happiness: the science behind your smile. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- 2 Geraldo PHB. O utilitarismo e suas criticas: uma breve revisão. http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/Anais/Pedro%20Heitor%20Barros%20Geraldo_Teoria%20da%20Justica.pdf (acessado em 26/out/2008).
- 3 Mancall M. Gross National Happiness and Development: An Essay. In: Ura K, Galay K, eds. *Gross national happiness and development*. Thimphu, Bhutan: The Centre for Bhutan Studies; 2004. p.1-50.
- 4 Seymour L. Health, wealth and the pursuit of happiness. *J R Soc Health*. 2007;127(2):61-2.
- 5 Delamothe T. Happiness. *Bmj*. 2005;331(7531):1489-90.
- 6 Moreira CA. Felicidade: sempre falta um pedacinho. *Zero Hora*. 2007 Abr 22:Sect. Donna ZH:8.
- 7 Fresneda C. El mundo que viene. *El Mundo*. 2007 10 fev:Sect. Opinión:8.
- 8 Cowley G. The science of happiness. *Newsweek*. 2002;140(12):46-8.
- 9 Barak Y. The immune system and happiness. *Autoimmun Rev*. 2006;5(8):523-7.
- 10 Danner DD, Snowdon DA, Friesen WV. Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. *J Pers Soc Psychol*. 2001;80(5):804-13.
- 11 Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H, et al. Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *Am J Epidemiol*. 2000;152(10):983-91.
- 12 Diener E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol*. 2000;55(1):34-43.

- 13 McKevitt C, Redfern J, La-Placa V, et al. Defining and using quality of life: a survey of health care professionals. *Clin Rehabil.* 2003;17(8):865-70.
- 14 Veenhoven R. Progrès dans la compréhension du bonheur. *Revue Québécoise de Psychologie.* 1997;18:29-74.
- 15 Sandvik E, Diener E, Seidlitz L. Subjective Well-Being: The Convergence and Stability of Self-Report and Non-Self-Report Measures. *Journal of Personality.* 1993;61(3):317-42.
- 16 Lucas RE, Diener E, Suh E. Discriminant validity of well-being measures. *J Pers Soc Psychol.* 1996;71(3):616-28.
- 17 Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(1).
- 18 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 26/out/2008).
- 19 McDowell I, Newell C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires.* New York: Oxford University Press; 1996.
- 20 Critério Brasileiro de Classificação Econômica. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. <http://www.abep.org> (acessado em 26/out/2008).
- 21 Hallal PC, Victora CG, Wells JC, et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35(11):1894-900.
- 22 Duquia RP, Baptista Menezes AM, Reichert FF, et al. Prevalence and associated factors with sunscreen use in Southern Brazil: A population-based study. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(1):73-80.
- 23 Koivumaa-Honkanen H, Kaprio J, Honkanen RJ, et al. The stability of life satisfaction in a 15-year follow-up of adult healthy at baseline. *BMC Psychiatry.* 2005;5:4.

- 24 Eid M, Diener E. Intraindividual Variability in Affect: Reliability, Validity, and Personality Correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999;76(4):662-76.
- 25 Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull*. 1984;95(3):542-75.
- 26 Cummins RA. The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*. 1998;43(3):307-34.
- 27 Lu L. The relationship between subjective well-being and psychosocial variables in Taiwan. *J Soc Psychol*. 1995;135(3):351-7.
- 28 Yang Y. Social Inequalities in Happiness in the United States, 1972 to 2004: An Age-Period-Cohort Analysis. *American Sociological Review*. 2008;73:203-26.
- 29 Silva RA, Horta BL, Pontes LM, et al. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*. 2007;23(5):1113-8.
- 30 Lipovcan LK, Brkljacic T, Sakic V. Monthly income and subjective well-being of Croatian citizens. *Croat Med J*. 2007;48(5):727-33.
- 31 Subramanian SV, 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. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(8):664-9.
- 32 Dear K, Henderson S, Korten A. Well-being in Australia--findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(11):503-9.
- 33 Myers DG. The funds, friends, and faith of happy people. *Am Psychol*. 2000;55(1):56-67.
- 34 Lucas RE, Clark AE, Georgellis Y, et al. Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychol Sci*. 2004;15(1):8-13.
- 35 Pinquart M, Schindler I. Changes of life satisfaction in the transition to retirement: a latent-class approach. *Psychol Aging*. 2007;22(3):442-55.

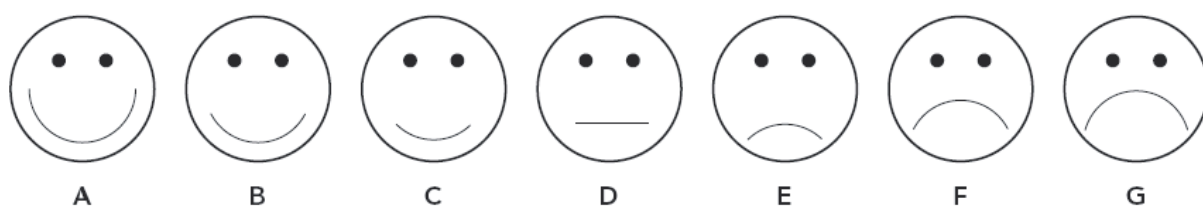
- 36 Ballas D, Dorling D. Measuring the impact of major life events upon happiness. *Int J Epidemiol.* 2007;36(6):1244-52.
- 37 Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):242-50.

Figura 1

Instrumento utilizado para determinação de autoavaliação de felicidade.

Agora vou lhe mostrar algumas faces que expressam vários sentimentos, desde uma pessoa que se sente muito feliz [apontar a primeira face] até uma pessoa que se sente muito infeliz [apontar para a última face passando por todas as demais faces intermediárias].

Qual dessas faces mostra melhor o jeito como o (a) senhor (senhora) se sente, pensando em sua vida como um todo?



Fonte: McDowell & Newell¹⁹.

Figura 2.

Autopercepção de felicidade segundo uma escala de faces em uma população de adultos. Pelotas-RS. Brasil, 2008.

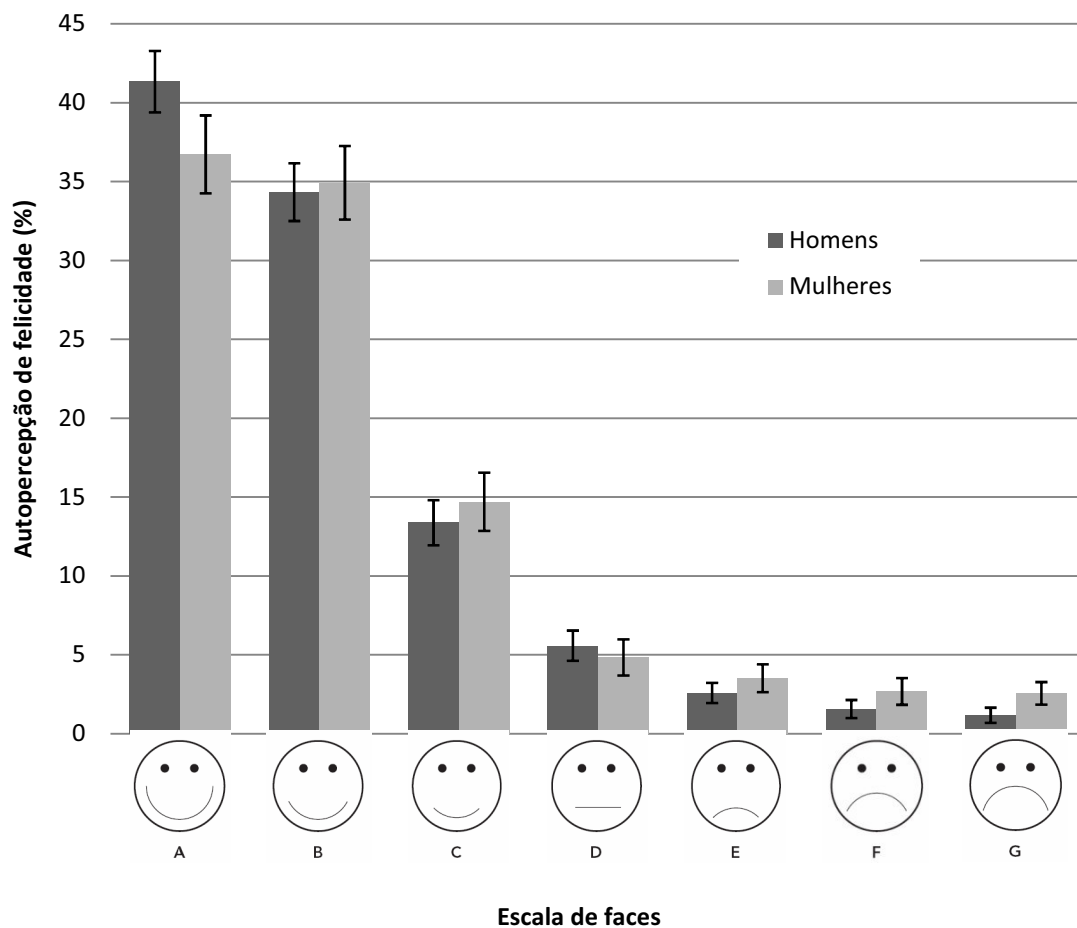


Tabela 1

Análise descritiva da amostra estudada e prevalência de autopercepção de felicidade em adultos. Pelotas, RS, Brasil.

Variável	Homens			Mulheres		
	N	%	Autopercepção de felicidade % (IC 95%)	N	%	Autopercepção de felicidade % (IC 95%)
Idade (anos)	1270			1672		
20-29	326	25,7	82,8 (78,8-86,8)	385	23,0	73,2 (68,3-78,2)
30-39	243	19,1	79,4 (74,2-84,7)	306	18,3	75,8 (70,9-78,2)
40-49	260	20,5	74,6 (69,3-79,9)	331	19,8	70,1 (65,4-74,8)
50-59	222	17,5	71,2 (64,8-77,6)	292	17,5	68,2 (62,6-73,7)
60 ou mais	219	17,3	66,7 (60,2-73,1)	358	21,4	70,7 (65,5-75,8)
Cor da pele	1269			1669		
Branca	948	74,7	74,8 (71,7-77,9)	1271	76,2	72,3 (69,5-75,1)
Preta/Parda	276	21,8	80,4 (76,0-84,9)	331	19,8	70,1 (64,2-76,0)
Outra	45	3,6	64,4 (50,8-78,0)	67	4,0	65,7 (52,2-79,0)
Nível econômico (ABEP)	1256			1657		
A	72	5,7	79,1 (69,0-89,4)	89	5,4	79,8 (70,9-88,7)
B	414	33,0	78,0 (73,4-82,7)	512	30,9	75,8 (71,7-79,9)
C	577	45,9	76,4 (72,8-80,1)	779	47,0	70,7 (66,7-74,7)
D/E	193	15,4	66,8 (60,8-72,9)	277	16,7	63,5 (57,6-69,5)
Escolaridade (anos)	1270			1672		
Zero	52	4,1	55,7 (43,4-68,1)	121	7,2	57,0 (48,0-66,0)
1-4	220	17,3	70,0 (63,4-76,6)	289	17,3	73,4 (67,8-78,9)
5-8	427	33,6	75,9 (71,7-80,0)	500	29,9	67,6 (63,2-72,0)
9-11	329	25,9	79,6 (74,9-84,4)	431	25,8	74,0 (69,1-78,9)
12 ou mais	242	19,1	79,3 (73,8-84,9)	331	19,8	78,5 (73,5-83,6)
Situação de trabalho	1270			1672		
Desempregado	98	7,7	67,3 (58,4-76,3)	170	10,2	61,2 (53,1-69,2)
Trabalhando	929	73,2	78,1 (75,4-80,9)	823	49,2	75,7 (72,3-79,1)
Aposentado/pensionista†	178	14,0	65,7 (58,5-73,0)	262	15,7	66,0 (59,3-72,7)
Dona de casa‡				322	19,3	71,1 (66,8-75,4)
Outros	65	5,1	80,0 (70,4-89,6)	95	5,7	72,6 (62,7-82,6)
Tabagismo	1270			1672		
Nunca fumou	580	45,7	78,7 (75,2-82,4)	960	57,4	74,6 (71,4-77,7)
Fumante	365	28,7	70,4 (65,6-75,2)	394	23,6	64,7 (59,8-69,6)
Ex-fumante	325	25,6	76,0 (71,7-80,3)	318	19,0	71,4 (66,5-76,3)
Consumo de álcool	1266			1663		
Abstêmio	453	35,8	73,3 (68,8-77,8)	1023	61,5	70,3 (67,0-73,6)
Consumo moderado	724	57,2	77,3 (74,3-80,4)	587	35,3	74,6 (70,9-78,3)
Consumo de risco	89	7,0	76,4 (67,5-85,3)	53	3,2	66,0 (53,3-78,7)
Sedentarismo (150 min)	1264			1664		
Não	645	51,0	77,2 (74,1-80,4)	773	46,4	71,9 (68,3-75,5)
Sim	619	49,0	74,3 (70,4-78,2)	891	53,6	71,5 (68,5-74,5)

Tabela 1 – continuação

Análise descritiva da amostra estudada e prevalência de autopercepção de felicidade em adultos. Pelotas, RS, Brasil.

Variável	Homens			Mulheres		
	N	%	Autopercepção de felicidade % (IC 95%)	N	%	Autopercepção de felicidade % (IC 95%)
Situação conjugal	1261			1671		
Casado/com companheiro	871	68,6	75,9 (72,7-79,1)	928	55,5	75,0 (72,1-77,9)
Solteiro/sem companheiro	297	23,4	77,4 (73,2-81,7)	367	22,0	71,7 (66,4-77,0)
Separado	72	5,7	69,4 (59,4-79,5)	170	10,2	60,6 (52,8-68,4)
Viúvo	29	2,3	65,5 (48,2-82,8)	206	12,3	66,0 (59,1-72,9)
Religião	1269			1672		
Não	343	27,0	72,9 (67,9-77,8)	296	17,7	67,2 (61,8-72,7)
Sim	926	73,0	76,7 (73,7-79,7)	1376	82,3	72,6 (70,0-75,3)
Crença religiosa	1268					
Muito religioso	205	16,2	75,6 (69,8-81,4)	475	28,5	76,0 (71,5-80,5)
Mais ou menos religioso	509	40,1	77,8 (74,3-81,3)	727	43,6	71,3 (67,9-74,6)
Pouco religioso	381	30,0	73,0 (68,1-77,8)	342	20,5	68,4 (64,0-72,9)
Nada religioso	173	13,6	75,1 (68,3-82,0)	125	7,5	65,6 (56,9-74,2)
Freqüência religiosa nos últimos 30 dias (número de vezes)	1270			1669		
Zero	848	66,8	76,1 (72,9-79,2)	843	50,5	69,8 (66,5-73,0)
1-2	216	17,0	72,2 (66,7-77,8)	326	19,5	68,7 (63,6-73,9)
3-4	115	9,1	74,8 (66,7-82,8)	304	18,2	73,3 (68,7-78,1)
5 ou mais	91	7,2	81,3 (73,0-89,9)	196	11,7	82,1 (77,2-87,1)
Número de habitantes no domicílio	1264			1666		
Um	77	6,1	68,8 (58,7-78,9)	155	9,3	71,0 (63,6-78,3)
Dois	249	19,7	76,7 (71,6-81,8)	350	21,0	68,9 (63,3-74,4)
Três	349	27,6	74,8 (69,6-80,0)	447	26,8	74,3 (70,0-78,5)
Quatro	297	23,5	77,1 (71,7-82,6)	367	22,0	74,4 (69,7-79,0)
Cinco ou mais	292	23,1	76,0 (70,9-81,2)	347	20,8	68,6 (63,2-74,0)

† Entre os homens não haviam pensionistas.

‡ Dois homens referiram ser “Dona de casa”, tendo sido categorizados como “Outros”.

Tabela 2

Análise bruta das razões de prevalência de autopercepção de felicidade e variáveis independentes em adultos. Pelotas, RS, Brasil.

Variável	Homens		Mulheres	
	RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p
Idade (anos)		<0,001 **		<0,165 **
20-29	Referência		Referência	
30-39	0,96 (0,88-1,04)		1,04 (0,95-1,13)	
40-49	0,90 (0,83-0,98)		0,96 (0,87-1,05)	
50-59	0,86 (0,78-0,95)		0,93 (0,84-1,04)	
60 ou mais	0,80 (0,73-0,89)		0,96 (0,88-1,06)	
Cor da pele		0,019 *		0,463 *
Branca	Referência		Referência	
Preta/Parda	1,08 (1,00-1,15)		0,97 (0,88-1,06)	
Outra	0,86 (0,69-1,07)		0,91 (0,74-1,11)	
Nível econômico (ABEP)		0,008 **		<0,001 **
A	1,18 (1,01-1,38)		1,26 (1,08-1,46)	
B	1,17 (1,05-1,30)		1,19 (1,07-1,33)	
C	1,14 (1,03-1,27)		1,11 (0,99-1,25)	
D/E	Referência		Referência	
Escolaridade (anos)		<0,001 **		<0,001 **
Zero	Referência		Referência	
1-4	1,26 (0,99-1,58)		1,29 (1,08-1,53)	
5-8	1,36 (1,10-1,69)		1,19 (1,01-1,40)	
9-11	1,43 (1,13-1,80)		1,30 (1,10-1,54)	
12 ou mais	1,42 (1,21-1,79)		1,38 (1,17-1,62)	
Situação de trabalho		0,004 *		0,016 *
Trabalhando	Referência		Referência	
Desempregado	0,86 (0,75-0,99)		0,80 (0,70-0,93)	
Aposentado/pensionista†	0,84 (0,75-0,94)		0,87 (0,78-0,97)	
Dona de casa‡			0,94 (0,87-1,01)	
Outros	1,02 (0,91-1,15)		0,96 (0,84-1,10)	
Tabagismo		<0,025 *		0,003 *
Nunca fumou	Referência		Referência	
Fumante	0,89 (0,82-0,97)		0,87 (0,80-0,94)	
Ex-fumante	0,96 (0,90-1,03)		0,96 (0,89-1,03)	
Consumo de álcool		0,315 *		0,144 *
Abstêmio	Referência		Referência	
Consumo moderado	1,06 (0,98-1,13)		1,06 (0,99-1,13)	
Consumo de risco	1,04 (0,92-1,18)		0,94 (0,78-1,14)	
Sedentarismo		0,229 *		0,839 *
Não	Referência		Referência	
Sim	0,96 (0,90-1,02)		0,99 (0,94-1,05)	

Tabela 2 – continuação

Análise bruta das razões de prevalência de autopercepção de felicidade e variáveis independentes em adultos. Pelotas, RS, Brasil.

Variável	Homens		Mulheres	
	RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p
Situação conjugal		0,335 *		0,006 *
Casado/com companheiro	Referência		Referência	
Solteiro/sem companheiro	1,02 (0,96-1,09)		0,96 (0,88-1,04)	
Separado	0,92 (0,79-1,07)		0,81 (0,71-0,92)	
Viúvo	0,86 (0,66-1,13)		0,88 (0,79-0,99)	
Religião		0,199 *		0,064 *
Não	Referência		Referência	
Sim	1,05 (0,97-1,14)		1,08 (1,00-1,17)	
Crença religiosa		0,397*		0,005 **
Nada religioso	Referência		Referência	
Pouco religioso	1,01 (0,89-1,13)		1,04 (0,90-1,20)	
Mais ou menos religioso	1,04 (0,93-1,15)		1,09 (0,94-1,25)	
Muito religioso	0,97 (0,87-1,08)		1,16 (1,01-1,33)	
Frequência religiosa nos últimos 30 dias (número de vezes)		0,350*		<0,001 **
Zero	Referência		Referência	
1-2	0,95 (0,87-1,03)		0,99 (0,91-1,06)	
3-4	0,98 (0,88-1,10)		1,05 (0,97-1,13)	
5 ou mais	1,07 (0,95-1,20)		1,18 (1,09-1,27)	
Número de habitantes no domicílio		0,732 *		0,203 *
Um	0,91 (0,77-1,07)		1,03 (0,92-1,17)	
Dois	1,01 (0,92-1,11)		1,00 (0,89-1,13)	
Três	0,98 (0,89-1,08)		1,08 (0,99-1,18)	
Quatro	1,01 (0,92-1,12)		1,08 (0,98-1,20)	
Cinco ou mais	Referência		Referência	

* Teste de Wald para heterogeneidade.

** Teste de Wald para tendência linear.

† Entre os homens não haviam pensionistas.

Comunicado para a imprensa

O médico Diogo Luis Scalco, mestrando do Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia da UFPel, sob orientação da professora Cora Araújo, conduziu uma pesquisa com adultos moradores da zona urbana de Pelotas durante o período de outubro de 2007 a janeiro deste ano, no intuito de identificar quem são as pessoas mais felizes, pois são escassas as pesquisas epidemiológicas sobre o tema. Atualmente estudos apontam que pessoas felizes apresentam maior longevidade e maior imunidade contra doenças.

Felicidade, definida no presente estudo como “o grau ao qual uma pessoa avalia sua vida positivamente”, foi avaliada por meio de uma pergunta e uma escala de faces, através de um questionário com varias outras questões, aplicado em cerca de 3 mil pessoas.

Entre as respostas 73% das pessoas consideraram-se felizes. Entre os principais achados, destaca-se que as pessoas de maior nível econômico e com mais anos de estudos eram as mais felizes; indivíduos vivendo em situação de desemprego mostraram-se menos felizes. Mulheres separadas/divorciadas ou viúvas mostraram-se menos felizes e aquelas que freqüentavam mais cultos/sessões religiosas apresentaram maior freqüência de autopercepção de felicidade. Entre os homens, ser mais jovem foi preceptor de felicidade.

Outros estudos têm mostrado que se sentir feliz é um atributo associado a condições positivas de saúde e, por isso, é importante identificar quem são as pessoas felizes e quais são suas principais características. Tal conhecimento poderia ajudar na elaboração de políticas e estratégias que visem, em última análise, aumentar o bem-estar da população, além de permitir a visualização dos grupos populacionais mais vulneráveis a terem problemas de saúde.

Deste modo, os resultados deste estudo podem contribuir para a formulação de novas hipóteses sobre os determinantes da felicidade e abrir caminhos para a realização de estudos epidemiológicos com capacidade de identificar mais adequadamente as associações causais.