

HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE BEM-ESTAR SUBJECTIVO

Iolanda Galinha* & J.L. Pais Ribeiro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

RESUMO: O artigo é uma revisão de literatura que pretende expor os movimentos Sócio-históricos, ao longo dos quais evoluiu o conceito de Bem-Estar Subjectivo. A abrangência do conceito coloca-o numa posição de intersecção de vários domínios da Psicologia, designadamente, a Psicologia Social, a Psicologia da Saúde e a Psicologia Clínica. A história do conceito, analisada por diferentes investigadores, aponta heranças históricas distintas, relacionadas com a convergência de origens teóricas distintas. Nesse sentido, identifica-se uma primeira herança nos movimentos sociais inspirados no Iluminismo e no Utilitarismo, que impulsionaram a investigação na área da Qualidade de Vida. Uma segunda herança, relaciona-se com os desenvolvimentos no campo da Saúde, designadamente, a 2ª Revolução da Saúde, na década de 70, cujos princípios centrais consistiram em defender o retorno a uma perspectiva ecológica na Saúde e mudar o enfoque das questões da doença para as questões da Saúde. Recentemente, a Psicologia Clínica vem abraçar o conceito de Bem-Estar Subjectivo, no contexto da chamada Psicologia Positiva. Qualquer das heranças Sócio-históricas contribuiu para o desenvolvimento da investigação na área de Bem-Estar Subjectivo, nas suas várias facetas e aplicações. Paralelamente, o conceito de Bem-Estar Subjectivo evoluiu através de limites difusos, atravessando dois momentos críticos na sua definição: a distinção Bem-Estar Material *versus* Bem-Estar Global; e, a distinção Bem-Estar Psicológico *versus* Bem-Estar Subjectivo. Definimos o Bem-Estar Subjectivo, como é entendido actualmente, a partir dos principais investigadores da área e observamos um consenso na aceitação de uma dimensão cognitiva e de uma dimensão afectiva do conceito. Estas dimensões, constituem elas mesmas conceitos abrangentes, domínios de estudo – o conceito de Qualidade de Vida e o conceito de Afecto. Alargámos ainda a definição do Bem-Estar Subjectivo, enquanto campo de estudo, aos critérios científicos definidos pelos investigadores da área.

Palavras chave: Bem-estar subjectivo, História, Evolução, Definição.

HISTORY AND EVOLUTION OF THE CONCEPT OF SUBJECTIVE WELL-BEING

ABSTRACT: The article is a literature revision aiming to describe the historical-political movements that influenced the development of the Subjective Well-Being concept. The concept stands in an intersection point of several Psychology fields: Social Psychology; Health Psychology; and Clinical Psychology. The history of the concept, analysed by some of the main researchers in the field points out distinct historical inheritances, related with the convergence of distinct theoretical origins. A first inheritance is the social movements inspired in the Illuminist and Utilitarian Creed, which stimulated scientific research in the area of the Quality of Life. A

* Contactar para E-mail: iolandag@yahoo.com

Trabalho financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia -BD /8336/ 2002.

second inheritance, is related with developments in the Health field, pointedly, the 2nd Health Revolution, in 70's decade, whose main principles consisted on defending the return to an ecological perspective in Health and changing the focus of the questions from the Illness to Health. Recently, Clinical Psychology embraces the concept of Subjective Well-Being in the context of the so called Positive Psychology. Each of the socio-politics inheritances contributed for the promotion of the research on the concept of Subjective Well-being, in its several facets and applications. Simultaneously, the concept of Subjective Well-Being developed from diffuse limits through two critical moments in the definition of the construct: the distinction Material Well-being *versus* Global Well-Being; and the distinction Psychological Well-Being *versus* Subjective Well-Being. Subjective Well-Being is defined, based on several definitions from the main researchers in the field and we can observe some consensus in the recognition of a cognitive dimension and an affective dimension. These dimensions constitute themselves broad concepts, even research domains – the Quality of Life and Affect. We extended the definition of Subjective Well-Being, as a research field, to the scientific criteria established by investigators of the field.

Key words: Development, Definition, History, Subjective well-being.

O Bem-Estar Subjectivo é uma dimensão positiva da Saúde. É considerado, simultaneamente, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a Qualidade de Vida, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo. É um conceito recente, que tem suscitado, nas últimas décadas, o interesse generalizado de muitas vertentes da Psicologia e que tem vindo a reforçar a sua identidade, à medida que os estudos vão confirmando a sua estrutura e sistema de conceitos associados.

A abrangência do conceito coloca-o numa posição de intersecção de vários domínios da Psicologia, designadamente, a Psicologia Social, a Psicologia da Saúde e a Psicologia Clínica. A história do conceito, analisada por vários investigadores (Diener, 1984; Veenhoven 1996), aponta heranças históricas distintas, relacionadas com a convergência de conceitos de origens teóricas distintas mas que são integrados como dimensões do Bem-Estar Subjectivo.

A história do conceito de Bem-Estar Subjectivo é recente. O conceito terá cerca de 45 anos de vida, se considerarmos a tese de Wilson (1960) como marco do seu nascimento, uma vez que estuda pela primeira vez o termo de Bem-estar, como o conhecemos hoje (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Wilson (1967) propôs-se estudar duas hipóteses do Bem-Estar, onde relacionou os conceitos de Satisfação e de Felicidade numa perspectiva Base-Topo (*Bottom Up*) – a Satisfação imediata de necessidades produz Felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa Infelicidade – e Topo-Base (*Top Down*) – o grau de Satisfação necessário para produzir Felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com outros, pelos valores pessoais e por outros factores – como ainda, actualmente, se discute na área do Bem-Estar Subjectivo.

1ª HERANÇA SÓCIO-HISTÓRICA – O ILUMINISMO (SÉC. VIII)

Apesar do conceito de Bem-estar Subjectivo ter uma história recente, pode considerar-se que as raízes ideológicas desta linha de investigação remontam ao século XVIII, durante o Iluminismo, que defendia que o propósito da existência da Humanidade é a vida em si mesma, em vez do serviço ao Rei ou a Deus. O desenvolvimento pessoal e a Felicidade tornaram-se valores centrais, nesta época. A sociedade é vista, pela primeira vez, como um meio de proporcionar aos cidadãos a satisfação das suas necessidades para uma vida boa. A constituição dos Estados Unidos da América nas suas bases definidas no século XVIII expressa, logo no Segundo parágrafo... “We hold these truths to be self-evident, that all men are created equal, that they are endowed by their Creator with certain unalienable Rights, that among these are Life, Liberty and the pursuit of Happiness”.

No século XIX, esta convicção manifestou-se através dos princípios do Utilitarismo, de que a melhor sociedade é aquela que providencia a melhor Felicidade para o maior número de pessoas (Veenhoven, 1996).

No século XX, os princípios do Utilitarismo inspiraram medidas de reforma social em larga escala e influenciaram o desenvolvimento dos Estados Providência (*Welfare States*). Identificaram-se como grandes males sociais da época, a ignorância, a doença e a pobreza, e desenvolveram-se esforços no sentido de criar uma melhor sociedade para todos. O progresso começou a ser medido em termos de literacia, do controlo das epidemias e da eliminação da fome e foram desenvolvidas estatísticas sociais no sentido de medir o progresso nestas áreas. Posteriormente a extensão do progresso passou a ser medida em termos de ganhos monetários, da segurança dos rendimentos e do grau de igualdade de rendimentos (Veenhoven, 1996).

Em 1960, com a generalização dos Estados Providência, o novo tema de limites para o crescimento económico surge na agenda política e verifica-se uma mudança para valores pós-materialistas. Estes apelaram a uma conceptualização mais abrangente de Bem-Estar e sua medição. O termo Qualidade de Vida é introduzido, procurando sublinhar que existe mais na condição humana do que o Bem-Estar Material (Veenhoven, 1996). A Constituição da República Portuguesa inclui, expressamente no artº 9º a promoção do Bem-Estar do povo como um tarefa fundamental do estado.

1ª DISTINÇÃO CONCEPTUAL

BEM-ESTAR MATERIAL – BEM-ESTAR GLOBAL (DÉCADA DE 60)

O termo Bem-Estar esteve, inicialmente, associado aos estudos da economia e tinha outro significado, o de Bem-Estar Material (*Welfare*). Tradicionalmente, os economistas identificavam o Bem-Estar com o rendimento. Era necessário proceder-se a uma distinção operacional entre o

Bem-Estar Material e o Bem-Estar. O Bem-Estar Material é a avaliação feita pelo indivíduo ao seu rendimento ou, de modo mais geral, à contribuição dos bens e serviços que o dinheiro pode comprar para o seu Bem-Estar. Para além dos recursos materiais, outros aspectos determinam o nosso Bem-Estar ou a nossa Qualidade de Vida – a nossa saúde, as relações, a satisfação com o trabalho, a liberdade política, entre outros. Com a emergência do conceito de Bem-Estar, como o conhecemos hoje, foi necessário proceder a uma distinção operacional e terminológica entre o Bem-Estar Material e o Bem-Estar Global (Van Praag & Frijters, 1999).

Podemos identificar este como um dos momentos críticos na evolução do conceito de Bem-Estar, na sua breve história de aproximadamente quatro décadas. Por volta dos anos 60, o conceito transcendeu a dimensão de Bem-Estar Económico e assumiu uma dimensão global, de Bem-Estar na vida como um todo, valorizando outras dimensões da vida dos indivíduos (Novo, 2003).

As mudanças conceptuais no Bem-Estar de um sentido material para um sentido global reflectiram-se nos estudos empíricos no terreno. Entre as décadas de 60 e 80, Andrews e Robinson (1991) reportam 12 grandes estudos nacionais americanos sobre o Bem-Estar Subjectivo. Estes estudos permitiram identificar um nível médio de Bem-Estar Subjectivo expresso pela população e em função de grupos demográficos definidos. O primeiro grande inquérito sobre o Bem-Estar Subjectivo nos Estados Unidos da América realizou-se no final dos anos 50, por Gurin, Veroff, e Feld (1960), sobre a designação de Saúde Mental, em vez de Qualidade de Vida, termo mais comum nos anos 70 e 80. Quase duas décadas mais tarde, em meados dos anos 70, este estudo foi replicado numa outra amostra de americanos adultos (Veroff, Douvan, & Kulka, 1981). Durante o início e metade dos anos 70, uma série de estudos nacionais foram conduzidos, por Andrews e Withey (1974, 1976) e por Campbell, Converse, e Rogers (1976), com o objectivo de explorar os sentimentos dos americanos acerca da Qualidade de Vida e desenvolveram um conjunto de escalas de resposta que têm sido utilizadas posteriormente. Embora não exclusivamente sobre o Bem-Estar Subjectivo, o Inquérito Social Geral (*General Social Survey*), durante toda a década de 70 e até durante a década de 80, incluiu uma bateria de itens que mediam a Satisfação e a Felicidade globais em relação a determinados domínios de vida. Este inquérito nacional foi a maior fonte de informação sobre Bem-Estar Subjectivo, durante os anos 80.

Entre os estudos mais relevantes realizados sobre o Bem-Estar Subjectivo noutros países encontramos o estudo multinacional de Cantril (1967), em 13 países, a partir do qual desenvolveu a conhecida *Lader Scale*. Pediu-se às pessoas que indicassem o nível do seu Bem-Estar Subjectivo. Um conjunto de inquéritos realizados pelo Gallup International Research Institute, em meados dos anos 70, recolheram amostras de 60 países (Veenhoven, 1996). Os inquéritos incluíram itens sobre a Felicidade e sobre a Satisfação com a Vida em domínios específicos. Outro conjunto amplo de dados sobre o Bem-Estar

Subjectivo, tem sido desenvolvido através dos inquéritos “Eurobarometer”, conduzidos anualmente desde 1973, na maior parte dos países da União Europeia. Estes inquéritos têm fornecido informação sobre os efeitos das nações, período de tempo, geração e vários factores psicológicos e sociais (Inglehart & Rabier, 1986).

2ª HERANÇA SÓCIO-HISTÓRICA – A SEGUNDA REVOLUÇÃO DA SAÚDE (DÉCADA DE 70)

Paralelamente aos desenvolvimentos históricos da herança sociológica do conceito do Bem-Estar Subjectivo, a outra herança histórica do conceito, não menos importante, remonta à Segunda Revolução da Saúde, na década de 70. Controladas que estavam as grandes epidemias, em resultado da implementação do modelo biomédico e da prevenção das infecções, fruto da Primeira Revolução da Saúde, verificou-se uma forte diminuição da taxa de mortalidade na Europa. A Segunda Revolução da Saúde, assumiu outro desafio, o de combater os comportamentos (fumar, consumir álcool e drogas, assumir riscos) que se acreditava estarem na origem das principais causas de mortalidade na população no século XX (Pais Ribeiro, 1998, 2005).

A Segunda Revolução da Saúde, cujos princípios centrais consistiram em defender o retorno a uma perspectiva ecológica na Saúde e defender o enfoque na Saúde, ao invés de na doença, foram divulgados, inicialmente, por Marc Lalonde e Julius Richmond e depois pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nasceram os conceitos de promoção da saúde e de estilo de vida. Em 1986, a definição de Saúde pela OMS expandiu-se e concretizou-se “a extensão em que um indivíduo ou grupo é por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve. A Saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa Qualidade de Vida e não o objectivo de vida” (Pais Ribeiro, 1998, pp. 86). É nesta altura, que o conceito de Bem-Estar surge consistentemente associado ao conceito de Saúde e que se generalizou à Saúde Mental (Terris, 1975; O’Donnel, 1986).

Emergiu o modelo Biopsicosocial aplicado à Saúde Mental e à Saúde em geral, reconhecido como uma abordagem integral e holística, necessário para ultrapassar o reducionismo da perspectiva biomédica na promoção da saúde. Muitos são os autores que falaram da multicausalidade da doença. Os factores macrosociais como são as diferenças culturais, os eventos extremos das guerras e dos grandes desastres, as condições socio-económicas deficitárias, o suporte social insuficiente e os ambientes psicológicos adversos, são todos eles factores independentes das características biológicas e individuais mas que provam o papel determinante dos contextos na evolução de muitas doenças incluindo as doenças psiquiátricas (Saraceno, 1995). Por outro lado, a

Psicologia passou a interessar-se pelos aspectos positivos do espectro da Saúde Mental, em vez de se focar, exclusivamente, nos factores que conduzem a perturbações como a Ansiedade e a Depressão. A Saúde Mental tem sido definida de muitas formas mas torna-se consensual que está para além da ausência de perturbações mentais. O conceito inclui dimensões positivas como o Bem-Estar Subjectivo, a percepção de auto-eficácia, a autonomia, a competência, a auto-actualização do potencial intelectual e emocional próprio, entre outras (WHO, 2001). Podemos assim, enquadrar o Bem-Estar Subjectivo como uma dimensão da Saúde Mental (Diener, Suh, & Oishi, 1997).

A investigação sobre o Bem-Estar Subjectivo aponta para o facto de que as pessoas não apenas evitam o mal-estar mas procuram a Felicidade. Deste modo, o estudo científico do Bem-Estar é conhecido por marcar a viragem da orientação da Psicologia para a Saúde Mental, em certa medida, como uma reacção ao enfoque generalizado nos sintomas da doença. O conceito de Bem-Estar permitiu construir medidas que possibilitam uma avaliação mais fina dos indicadores da Saúde Mental, através de variáveis como a Satisfação com a Vida, a Felicidade, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo (Lucas, Diener, & Suh, 1996). Com esta viragem do foco da investigação para a dimensão positiva da Saúde Mental, o Bem-Estar Subjectivo assume-se como o conceito chave de um campo de investigação emergente designado Psicologia Positiva.

Igualmente para a Saúde em geral o Bem-Estar e a qualidade de vida assumem uma posição central, por vezes isoladamente, por vezes como sinónimos, e outras integradas. Veenhoven (2000) refere que os conceitos de qualidade de vida, bem-estar, felicidade, são utilizados como sinónimos, enquanto Sirgy (2002) inclui a satisfação com a vida, o afecto positivo e negativo, o bem-estar subjectivo, a felicidade, a percepção de qualidade de vida, como aspectos subjectivos da qualidade de vida.

O estudo dos determinantes da Felicidade tem reforçado o conhecimento científico sobre a dimensão positiva das emoções humanas e da Qualidade de Vida, que durante décadas foi relegada para segundo plano, em relação ao estudo dos determinantes do sofrimento humano. O conceito de Bem-Estar é o conceito-chave deste domínio de investigação e, pelas suas características relacionadas com a vida social e privada, tem merecido a atenção de várias áreas da Psicologia, como a Psicologia clínica, a transcultural, a social, a organizacional e a da personalidade, entre outras (Strack, Argyle, & Schwarz, 1991).

2ª DISTINÇÃO CONCEPTUAL BEM-ESTAR PSICOLÓGICO – BEM ESTAR SUBJECTIVO (DÉCADA DE 80)

O segundo momento crítico na evolução do conceito de Bem-Estar Subjectivo, terá sido por volta dos anos 80, quando a abrangência da sua nova identidade e a quantidade de investigação produzida sobre o conceito de Bem-

-Estar resultou numa crise na definição do conceito e numa subdivisão em Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar Subjectivo. Em resultado da ampla utilização do conceito por investigadores de várias áreas da Psicologia, os contornos da sua definição tornaram-se arbitrários e não se observou um consenso na definição do conceito. Segundo Novo (2003), esta divergência conduziu à separação de duas perspectivas do Bem-Estar, o Bem-Estar Subjectivo, que forma um campo de estudo e integra as dimensões de Afecto e Satisfação com a Vida, e o Bem-Estar Psicológico que constitui outro campo de estudo, fundado nos anos 80, por Ryff, e que integra os conceitos de auto-aceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal.

Os estudos sobre o Bem-Estar Subjectivo desenvolvem-se em paralelo e, muitas vezes, em articulação com os conceitos do Bem-Estar Psicológico, no seio de um campo ainda maior que é o da saúde em geral e da Saúde Mental em particular. A separação do Bem-Estar Psicológico e do Bem-Estar Subjectivo torna-se, por estas razões, essencial para respeitar os limites dos conceitos.

O NASCIMENTO DA PSICOLOGIA POSITIVA (DÉCADA DE 90)

Recentemente, em 1998, cerca de trinta anos decorridos da 2ª Revolução da Saúde, Martin Selligman, enquanto presidente da American Psychological Association (APA), afirma que a prática da Psicologia se encontra incompleta. A Psicologia Clínica ainda trabalha, essencialmente, no sentido de trazer os indivíduos de um estado doente, negativo, para um estado neutral normal; de um estado “menos cinco” da Saúde Mental para um nível zero. Em entrevista à revista Times (Wallis, 2005), refere que não é suficiente anular as condições incapacitantes dos indivíduos e chegar ao nível zero. Definiu como objectivo para a APA, no ano da sua presidência, explorar a região norte do nível zero, procurar o que activamente faz as pessoas sentirem-se preenchidas, envolvidas e significativamente felizes. A Saúde Mental deveria ser mais do que a ausência de perturbação mental deveria ser algo próximo de um estado vibrante de tonicidade muscular da mente e do espírito humanos.

Segundo conta Selligman (Wallis, 2005), no sentido de incentivar e promover a dimensão positiva da Saúde Mental, Selligman convidou Ray Fowler e Mihaly Csikszentmihalyi para uma reunião na praia paradisíaca de Akumal, no México. Deste encontro, resultou a organização da primeira conferência em Psicologia Positiva, actualmente um evento anual. Na sequência do seu trabalho, como Presidente da APA, outro acontecimento externo veio impulsionar o campo da Psicologia Positiva. A Fundação Templeton criou prémios monetários para a investigação científica realizada nesta área. Após este facto, seguiu-se um verdadeiro “boom” de investigação

sobre a Felicidade, o Optimismo, as Emoções Positivas e os Traços de Personalidade mais saudáveis. Esta explosão da investigação inclui como um dos conceitos centrais o Bem-Estar Subjectivo, que não só tem mobilizado a comunidade científica, como tem despertado a atenção da comunidade em geral.

Embora com uma história recente o conceito de Bem-Estar Subjectivo e as suas dimensões têm atraído a atenção da comunidade científica. Diener (1984) refere que mais de 700 estudos sobre o Bem-Estar Subjectivo apareceram entre 1968 e 1983. Andrews e Robinson (1991) referem que em duas décadas, entre 1970 e 1990, vários milhares de novos estudos relevantes para o Bem-Estar foram publicados. Lucas, Diener, e Suh (1996) identificam que desde 1980 a investigação sobre os factores antecedentes e correlacionados com o Bem-Estar Subjectivo tem estado particularmente activa. Michalos (1986) refere que apenas entre 1979 e 1982, a pesquisa para títulos com a palavra satisfação ou Felicidade resultou em 2545 títulos. Fazendo essa pesquisa actualmente encontramos, na base PubMed, 8687 títulos com um destes termos. Em Portugal, a investigação sobre o Bem-Estar Subjectivo é ainda restrita. No entanto, destacam-se os trabalhos de revisão sobre o Bem-Estar Subjectivo, de Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos, e Oliveira (2000), sobre a Qualidade de Vida, de Pais Ribeiro (1994, 2002, 2004), e sobre a Felicidade, de Oliveira (2000). Sobre o conceito de Bem-Estar Psicológico encontramos a publicação da tese de Novo (2003).

DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE BEM-ESTAR SUBJECTIVO

No decurso da sua história e evolução o Bem-Estar Subjectivo foi caracterizado como um conceito abrangente e conceptualmente difuso. Vários autores, ao longo da literatura científica, notaram que os termos do Bem-Estar Subjectivo têm sido usados com pouco respeito pelas suas distinções conceptuais e operacionais (Andrews & Robinson, 1991; Campbell, Converse, & Rogers, 1976; George, 1981; Horley, 1984). Os investigadores de várias áreas de estudo reuniram os seus próprios termos e designações, no estudo do Bem-Estar Subjectivo, e os termos utilizados são transferíveis mas nem sempre são sinónimos (Andrews & Robinson, 1991). Muitos investigadores apelaram à necessidade de integração do conceito (Diener, 1984) e ainda actualmente defendem essa necessidade (Sirgy, 2002).

Os estudos actuais continuam a pretender demonstrar, e a contribuir para, a consistência do conceito. Após alguma crise inicial na definição do Bem-Estar Subjectivo, decorre que se chegou a um consenso, o conceito é composto por uma dimensão cognitiva, em que existe um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de Satisfação com a Vida – em termos globais ou específicos – e uma dimensão emocional, positiva ou negativa – expressa

também em termos globais, de Felicidade, ou em termos específicos, através das emoções.

Actualmente, o Bem-Estar Subjectivo parece ter sedimentado o seu terreno, de modo que se considera um campo de estudo em expansão. A medição sistemática do conceito tem-lhe fornecido critérios de validade e fidelidade e existe consenso entre os investigadores sobre a existência de uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva do Bem-Estar Subjectivo – conceptualizados como a Satisfação com a Vida e como o sentimento de Felicidade (Sagiv & Schwartz, 2000). Dimensões separadas mas substancialmente correlacionadas (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). O Bem-Estar Subjectivo é uma categoria vasta de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de Satisfação com a vida. Cada um dos construtos deve ser entendido isoladamente, embora se correlacionem substancialmente, sugerindo a necessidade de um factor de ordem superior.

McCullough, Heubner, e Laughlin (2000) falam do modelo tripartido do Bem-Estar constituído em três componentes interrelacionados mas separados, a Satisfação com a Vida Global, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo. A Satisfação com a Vida Global definida como uma avaliação cognitiva positiva da vida pessoal como um todo. O Afecto Positivo refere-se à frequência de emoções positivas num indivíduo (emoções como orgulho, interesse) enquanto que o Afecto Negativo se refere à frequência das emoções negativas (como perturbação, hostilidade). Deste modo, as pessoas que demonstram um Bem-Estar positivo experienciam uma preponderância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo.

Sirgy (2002) define o Bem-Estar Subjectivo como um estado afectivo duradouro (de longo termo) que é composto por três componentes: a experiência acumulada de Afecto Positivo em domínios da vida salientes; experiência acumulada de Afecto Negativo em domínios da vida salientes; e avaliação da Satisfação com a Vida global ou em domínios da vida importantes.

Diener, Suh, e Oishi (1997), definem os componentes do Bem-Estar Subjectivo, identificando três componentes primários: Satisfação, Afecto Positivo e baixos níveis de Afecto Negativo. O Bem-Estar Subjectivo está, assim, estruturado de modo que estes três componentes formam um factor global ou variáveis interrelacionadas. Cada um dos três componentes pode ser subdividido. A Satisfação com a Vida Global pode ser dividida em satisfação com os vários domínios de vida e estes podem ser divididos em várias facetas. O Afecto Positivo pode ser dividido em emoções tais como alegria, afeição e orgulho e o Afecto Negativo pode ser dividido em emoções negativas como vergonha, culpa e tristeza.

Finalmente, Diener, Suh, Lucas, e Smith (1999) definem o Bem-Estar como uma área de estudo em vez de um constructo específico. O Bem-Estar é

uma variável ampla que exige cuidado na comparação com outras variáveis, mais do que uma variável restrita, é necessário verificar se o construto é verdadeiramente diferente dos construtos que inclui ou com os quais se relaciona. Devido à natureza global do Bem-Estar é importante proceder-se à validade discriminante das variáveis em investigação (Lucas, Diener, & Suh, 1996).

Diener, Suh, e Oishi (1997), designam três características cardinais do Bem-Estar Subjectivo, enquanto campo de estudo. Em primeiro lugar, o campo de estudo cobre todo o espectro do Bem-Estar, não foca apenas os estados indesejáveis, em vez disso, as diferenças individuais nos níveis de Bem-Estar Positivo, são considerados importantes. O campo de estudo está interessado nos factores que diferenciam as pessoas ligeiramente felizes, das moderadamente felizes e das extremamente felizes. A segunda característica preconiza que o Bem-Estar Subjectivo é definido em termos das experiências internas do indivíduo, não se impondo critérios ou avaliações externas. Embora muitos critérios de Saúde Mental sejam ditados do exterior, por investigadores ou clínicos, o Bem-Estar Subjectivo é medido a partir da perspectiva do próprio indivíduo. Deste modo, o campo de estudo do Bem-Estar Subjectivo diferencia-se da Psicologia Clínica tradicional. A terceira característica, define que o campo de estudo foca estados de Bem-Estar Subjectivo de longo termo, não apenas o humor momentâneo. Frequentemente, o que pode fornecer Felicidade num momento pode não ser o mesmo que produz o Bem-Estar Subjectivo de longo termo. Embora o humor dos indivíduos possa flutuar em função dos eventos de vida, o investigador do Bem-Estar Subjectivo está interessado no humor ao longo do tempo e não apenas em emoções passageiras (Diener, Suh, & Oishi, 1997).

O Bem-Estar Subjectivo é um conceito de importância crescente num mundo democrático, em que se espera que as pessoas vivam as suas vidas de modo a que elas próprias se sintam preenchidas, segundo os seus próprios critérios. A atenção dada pela comunidade científica às variáveis positivas da Saúde Mental parece estar a ser acompanhada pela importância atribuída pela comunidade em geral. Não é surpreendente, que os resultados de um inquérito alargado a estudantes universitários tenha revelado que a Satisfação com a Vida e a Felicidade foram classificadas como extremamente importantes, mais importantes que os rendimentos (Diener & Biswas-Diener, 2000).

REFERÊNCIAS

- Andrews, F.M., & Robinson, J.P. (1991). Measures of subjective well being. In J.P. Robinson, P.R. Shaver, & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (vol. 1, pp. 61-67). San Diego: Academic Press.
- Andrews, F.M., & Withey, S.B. (1976). *Social Indicators of Well Being: America's perception of life quality*. New York: Plenum Press.

- Campbell, A., Converse, P.E., & Rogers, W.L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundations.
- Cantril, H. (1967). *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). New Directions in Subjective Well-Being Research: The Cutting Edge. University of Illinois, Pacific University. Retrieved September, 25, 2005, in http://s.psych.uiuc.edu/~ediener/hottopic/NEW_DIRECTIONS.html
- Diener, E., Suh, E.M., & Oishi, S. (1997). *Recent Findings on Subjective Well-Being*. University of Illinois. Retrieved June, 7, 2005, from <http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/hottopic/paper12.htm>
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- George, L.K. (1981). Subjective Well Being. Conceptual and Methodological Issues. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 2, 345-382.
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans View their Mental Health*. New York: Basic.
- Horley, J. (1984). Life Satisfaction, Happiness and Morale: Two problems with the use of Subjective Well being indicators. *The Gerontologist*, 24(2), 124-127.
- Inglehart, R., & Rabier, J.-R. (1986). Aspirations adapt to situations – But why are the Belgians so much happier than the French? A cross cultural analyses of quality of life. In F.M. Andrews (Ed.), *Research in the Quality of Life* (pp. 1-56) Ann Harbor, MI: Institute for Social Research.
- Lucas, R.E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- McCullough, G., Heubner, E.S., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37, 281-291.
- Michalos, A. (1986). Job, satisfaction, marital satisfaction, and the quality of life: A review and a preview. In F.M. Andrews (Ed.), *Research on the Quality of Life* (pp. 57-83). Ann Harbor: University of Michigan Institute for Social Research.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- O'Donnell, M.P. (1986). Definition of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1, 4-5.
- Oliveira, J.H. (2000). Felicidade: Teorias e factores. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV, 281-309.
- Pais-Ribeiro, J. (2002). A Qualidade de Vida Tornou-se um Resultado Importante no Sistema de Cuidados de Saúde. *Revista de Gastreenterologia & Cirurgia*, XIX(103), 159-173.
- Pais Ribeiro, J.L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, XII(2-3), 179-191.
- Pais Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro J. (2004). Quality of Life is a Primary End-Point in Clinical Settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-130.
- Pais Ribeiro, J.L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Sagiv, L., & Schwartz, S.H. (2000). Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30, 177-198.

Saraceno, B. (1995). Mental health promotion and psychiatric care: A common final path? In D. Trent & C. Reed (Eds.), *Promotion on Mental Health* (vol. IV, pp. 41-51). Aldershot: Avebury.

Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000). O bem estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4, 243-279.

Sirgy, M.J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Strack, F., Argyle, M., & Schwarz, N. (1991). *Subjective Well-Being: An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press.

Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *The American Journal of Public Health*, 65, 1037-1045.

Van Praag, B., & Fritjers, P. (1999). The measurement of welfare and well-being: The Leyden approach. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 413-433). New York: Russell Sage Foundation.

Veenhoven, R. (1996). The Study of Life Satisfaction. In W.E. Saris, R. Veenhoven, A.C. Scherpenzeel, & B. Bunting (Eds.), *A Comparative Study of Satisfaction With Life in Europe* (pp 11-48). Eötvös: University Press.

Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.

Veroff, J., Douvan, E., & Kulka, R. (1981). *The Inner American: A self portrait from 1957 to 1976*. New York: Basic.

Wallis, C. (2005). The new science of happiness. *Time Mind & Body*, 65, 38-44.

WHO (2001). *The World Health Report 2001: Mental health – New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.

Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.