

A relação entre suporte social e bem-estar subjetivo como promotores de saúde mental – um estudo com adolescentes

The relationship between social support and welfare as subjective mental health promoters - a study with teens

Profª. Maisa Sangy

Faculdade de Estudos Administrativos de Minas Gerais – FEAD

Resumo

Há uma tendência de focar mais nos comportamentos de risco, negligenciando outros fatores que integram o conceito de saúde, como a qualidade dos relacionamentos, as percepções de valores, a autoestima. As ações direcionadas somente em conduta-problema não são suficientes para ajudar os jovens a construir suas vidas. Sabe-se que a adolescência é uma fase tumultuosa, com mudanças e crises e que os jovens são constantemente bombardeados por estímulos negativos como drogas, violência, abandono, solidão, consumismo. Estudos focados no comportamento de risco serão sempre imprescindíveis, pois também colaboram para estratégias que visam à saúde dos jovens.

Palavras-chave: percepção de suporte social; bem-estar subjetivo; saúde mental; adolescentes.

Introdução

Quando se fala em ações dos serviços direcionados à saúde física e psicológica do adolescente, ainda há uma tendência de focar mais nos comportamentos de risco, negligenciando outros fatores que integram o conceito de saúde, como a qualidade dos relacionamentos, as percepções de valores, a autoestima. As ações direcionadas somente em conduta-problema não são suficientes para ajudar os jovens a construir suas vidas. Sabe-se que a adolescência é uma fase tumultuosa, com mudanças e crises e que os jovens são constantemente bombardeados por estímulos negativos como drogas, violência, abandono, solidão, consumismo. Estudos focados no comportamento de risco serão sempre imprescindíveis, pois também colaboram para estratégias que visam à saúde dos jovens. Mas, a adolescência também possui momentos de alegria, felicidade, prazer, criatividade, construção, trocas afetivas, etc. Enxergar o adolescente apenas pelo viés da fragilidade e do problema é negar suas potencialidades. Desta forma,

fundamentado da psicologia positiva e da psicologia da saúde, este estudo teve como objetivo investigar o bem-estar subjetivo e percepção de suporte social como fatores que contribuem para proteger e promover saúde, bem também fonte de estímulo para que o jovem possa crescer psicologicamente.

Bem-estar subjetivo

Vivenciar a felicidade parece ser um desejo comum a todo indivíduo, em todas as épocas da história. O conceito de bem-estar subjetivo é próximo à noção de felicidade. Galinha e Ribeiro (2005) afirmam que os estudos sobre o bem-estar subjetivo revelam que as pessoas não só evitam o mal-estar, mas, buscam também a felicidade.

Como campo de estudo da Psicologia, o bem-estar subjetivo (BES) investiga a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas. Tal avaliação está relacionada à satisfação ou insatisfação com a vida e à frequência com que experimentam emoções positivas ou negativas (DIENER; SUH, 1997). É considerado um tema complexo e um campo de estudos que abrange outros conceitos e domínios. É por isso que na Psicologia, embora haja posições que se aproximem, não há um consenso entre os pesquisadores sobre a definição exata do bem-estar subjetivo (GALINHA; RIBEIRO, 2005).

Foi na metade do século XX que se fizeram as primeiras pesquisas acerca do bem-estar subjetivo. O entendimento deste conceito teve sua primeira influência nos estudos que buscavam indicadores acerca da qualidade de vida para avaliar as mudanças sociais e implantação de políticas sociais no final da década de 1950 (LAND, 1975). Na época, estudiosos do contexto social perceberam que as pessoas reagem de modo diferente a circunstâncias semelhantes, portanto, os indicadores sociais sozinhos não davam conta de explicar o conceito de qualidade de vida, sendo necessário incluir o elemento subjetivo para uma análise mais fidedigna e abrangente. Através das investigações sobre o bem-estar subjetivo, a Psicologia tem colaborado para estudos que visam à saúde mental e qualidade de vida do indivíduo.

A compreensão sobre o conceito de bem-estar subjetivo também teve influência nos conceitos de promoção da saúde e estilos de vida saudáveis. Tais conceitos foram articulados na segunda revolução da saúde, ocorrida década de 1970 (RIBEIRO, 2007). Foi nessa nova perspectiva, que se iniciou um olhar positivo da saúde, fazendo surgir

vários conceitos entre eles, o de saúde positiva. Segundo Lamb, Brodie e Robert (1988) a saúde positiva é um estado que inclui habilidades para lidar com agentes estressores, com o propósito de manter um sistema forte de suporte social, uma integração com a comunidade, assim como altos índices de satisfação com a vida, bem-estar, condicionamento físico e saúde física.

Nesta mesma época, a Psicologia, em função dos flagelos da Segunda Guerra se concentrou demasiadamente na cura do sofrimento individual e das doenças mentais, esquecendo-se de seus outros dois compromissos: tornar a vida das pessoas mais produtiva e satisfatória, identificar e potencializar os talentos das pessoas, recebendo uma forte crítica por isso (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Desta forma, os temas defendidos pela saúde positiva revelaram-se muito importantes para a Psicologia, ao demonstrar que é possível e necessário fazer mais pelo ser humano, além de cuidar de suas fragilidades.

Mais tarde os temas da saúde positiva foram estudados pela psicologia positiva, um dos campos da Psicologia fundada por Seligman e Csikszentmihalyi em 1998. De acordo com os autores, a psicologia positiva pode ser definida como um campo de estudo relacionado às experiências subjetivas positivas do passado (bem-estar, contentamento e satisfação), do presente (fluxo e felicidade) e futuro (esperança e otimismo). Portanto, a psicologia positiva estuda os fatores das experiências positivas subjetivas, os traços positivos do indivíduo e as instituições que o ajudam a manifestar esses traços e vivenciar tais experiências. Mesmo reconhecendo que as vicissitudes da vida fazem parte da existência humana, e não há como se desviar delas, a psicologia positiva se concentra nas forças e não nas fraquezas do indivíduo, para que a pessoa usufrua melhor da vida e de si mesma.

Deste modo as investigações que reforçam os aspectos positivos do indivíduo caminharam praticamente juntos, tanto no campo da psicologia (psicologia positiva) quanto no campo da saúde (saúde positiva). É importante ressaltar que as pesquisas em psicologia positiva reforçam cada vez mais este conceito e contribui para sua expansão. Sirgy em 2002 define bem-estar subjetivo como um estado afetivo duradouro, composto por três componentes: experiência acumulada de afetos positivos em domínios da vida; experiência acumulada de afetos negativos em domínios da vida; avaliação da satisfação com a vida global ou em domínios importantes da vida.

Recentemente, Diener *et al.* (2003) definem bem-estar subjetivo como um conceito multidimensional composto de três fatores: a) avaliação global da vida inclui a satisfação com a vida, sucesso, sensação de preenchimento e significado da vida; satisfação em campos específicos tais como casamento, trabalho, saúde e lazer; c) afetos positivos amor, alegria, contentamento, entre outros; d) afetos negativos raiva, preocupação, tristeza, estresse, entre outros.

A visão atual sobre bem-estar subjetivo que integra os componentes: satisfação com a vida e afetos positivos e negativos tiveram como alicerce os estudos iniciais de Bradburn (1969) e de Campbell, Converse e Rodgers (1976).

Resumidamente, o modelo de BES (Figura 1) proposto por Diener (1984, 2000) é constituído por três fatores associados: satisfação geral com vida; afetos positivos; afetos negativos. A satisfação geral com a vida é baseada em respostas avaliativas revelando a **dimensão cognitiva de BES**. Para Emmons (1986) tal julgamento cognitivo se dá através de uma comparação entre o que o indivíduo almeja e estabelece para si mesmo e a realidade vivenciada.

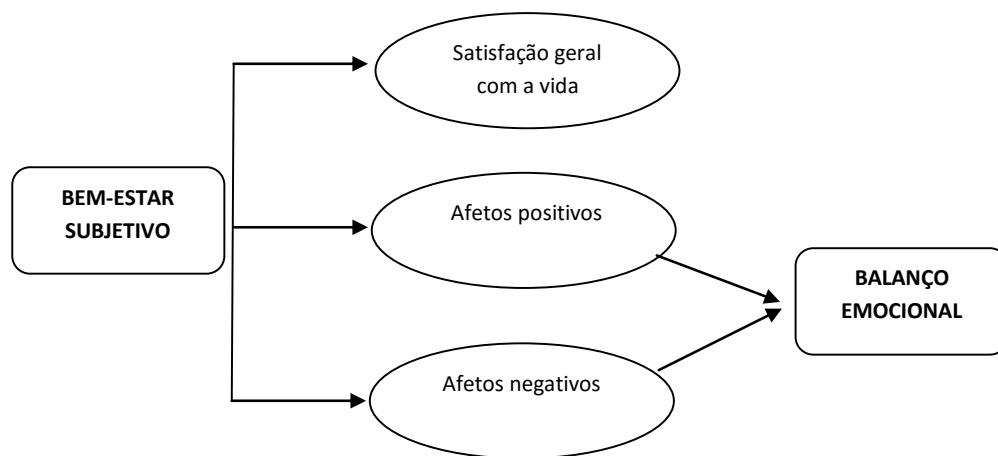


Figura 1 – Modelo de Bem-estar subjetivo baseado na concepção de Diener (1984) e o conceito de Balanço Emocional elaborado por Bradburn (1969)

Fonte: a autora

A **dimensão emocional de BES** pode ser traduzida pelos afetos positivos e negativos compreendem as respostas de cunho afetivo (DIENER, 1984, 2000). Para Bradburn (1969) os afetos positivos e afetos negativos devem ser estudados como dois fatores distintos, mas que apresentam correlações entre si. Evidências sobre a existência dessas

duas dimensões de afetos foram comprovadas em estudos realizados posteriormente por Diener (1984), Emmons (1986). Desde então, conceito de bem-estar subjetivo passou a ser considerado definitivamente um construto psicológico, composto por experiências emocionais que exprimem afetos positivos ou negativos.

Os estudos sobre os afetos positivos e negativos não sustentam que sensações positivas sejam contínuas na vida de uma pessoa, pois as sensações negativas também permeiam o cotidiano. Portanto, os estudos de BES não negam as fragilidades e limitações humanas, mas oferece subsídios para uma melhor compreensão do indivíduo, de modo que avaliar a satisfação de sua própria vida, o mesmo consiga minimizar suas emoções negativas e fortalecer as positivas.

Além dos três fatores que constituem o modelo de bem-estar subjetivo, há também o conceito de balanço emocional, sugerido originalmente por Bradburn (1969), que representa a diferença entre os afetos positivos e negativos. Para que o balanço emocional evidencie uma dimensão de BES, é fundamental que as emoções positivas vividas pela pessoa sejam superiores às negativas (DIENER; SUH, 1997). São inúmeras as emoções positivas, entre elas alegria, gratidão, contentamento, afeição, orgulho, êxtase (DIENER *et al.*, 1999). Por outro lado, o balanço emocional negativo evidencia que a pessoa teve mais experiências emocionais negativas do que positivas. Entre as emoções negativas citadas pelos autores estão culpa, vergonha, tristeza, ansiedade, preocupação, raiva, estresse, inveja e depressão.

Considerando a condição intrínseca e pessoal do conceito de bem-estar subjetivo, só pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo, não podendo ser medido por indicadores externos, mesmo que estes sejam embasados em fatores estatisticamente construídos (DIENER; SCOLLON; LUCAS, 2003). O que requer do indivíduo uma autoavaliação. É avaliando sua própria vida, que cada indivíduo aplica concepções subjetivas (internas – às quais só ele tem acesso). Ele se apoia em suas expectativas, valores, emoções. Essas concepções subjetivas estão organizadas em pensamentos e sentimentos sobre a existência individual (DIENER; LUCAS, 2000).

Em suma, as pessoas que demonstram bem-estar subjetivo experimentam mais emoções positivas do que negativas e tendem a avaliar a vida de forma mais positiva (DIENER, 1984). Portanto, para se avaliar o BES de forma mais completa é importante investigar as duas dimensões, a cognitiva (avaliação de satisfação com a vida) e a emocional (afetos positivos e negativos). Mesmo que se possa estudá-las separadamente, os

resultados sobre o nível de BES ficam mais consistentes se considerada a interface entre as duas dimensões. Assim sendo, BES se manifesta como um construto importante na promoção da saúde psicológica do indivíduo uma vez que Fredrickson (1998) indica que as emoções positivas além de proteger, promover saúde e bem-estar a uma pessoa, são também fonte de estímulo para que ela possa crescer psicologicamente.

Suporte social

Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 adotou uma postura embasada em uma visão biopsicossocial, diversos estudos buscam identificar como a saúde física e psicológica são impactadas pelas relações sociais e de que forma pode-se intervir no ambiente social para promover a saúde.

Um dos temas da Psicologia que surgiu na década de 1970, influenciado por este pensamento é o de suporte social. Teve como primeiros pesquisadores Cobb (1976) e Cassel (1976). Segundo eles o suporte social um aspecto importante para a saúde do indivíduo, pois pode contribuir para protegê-lo contra doenças, proporciona-lhe saúde e bem-estar.

Suporte social pode ser conceituado como a crença que o indivíduo tem em receber apoio de sua rede social (COBB, 1976). Para o autor, as redes sociais são fontes de recursos afetivos e de pertencimento. Existem três classes de crenças que auxiliam o indivíduo a processar sua percepção de suporte social: a crença de que há pessoas que o amam e se preocupam com ele; a de que é apreciado e valorizado e a de que faz parte de uma rede social.

Foi nos estudos de Sociologia e Antropologia que o conceito de redes surgiu. Sociólogos da época defendiam o argumento de que as redes têm alguma influência sobre o comportamento social das pessoas nelas envolvidas (MITCHELL, 1969). Entende-se por redes sociais um conjunto de pessoas que um indivíduo seleciona como padrão de identificação e de referência para sua vida. São pessoas que participam de sua vida e podem auxiliá-lo nos momentos em que precisar (BERKMAN, 1995; COHEN, 2004). Cohen e Wills (1985) defendem que a integração do indivíduo em redes sociais traz sentimentos de estabilidade e autoestima, influenciando no seu bem-estar.

Ao pesquisar sobre o suporte social Kaplan, Cassel e Gore (1977) destacaram que o suporte social é um fator importante na proteção contra as doenças físicas e psicológicas. Contudo, seu papel é coadjuvante. Além do suporte social são necessários

outros significantes subjetivos que possam auxiliar o indivíduo a mobilizar seus próprios recursos no enfrentamento das doenças e problemas emocionais.

Igualmente, Sarason, Levine, Basham e Sarason, (1983) consideram o suporte social como um fator importante na redução do mal-estar e do estresse. Para os autores, a percepção de suporte social é relacionada à confiança que o indivíduo nutre em relação às pessoas que lhe demonstram valor, se preocupam com o mesmo e estão disponíveis para ajudá-lo. É o indivíduo quem escolhe, em meio às pessoas disponíveis em sua rede social, quem vai lhe proporcionar o suporte. De acordo com Berkman (1995), tal escolha é pautada em um sentimento de confiança, logo, o suporte social não acontece através de uma imposição. A satisfação com o suporte recebido é fundamental neste processo. Portanto, não é o simples aumento de contatos sociais e de recursos que irá proteger a saúde. Ainda segundo Berkman (1995), o apoio que incentiva a dependência negativa não pode ser sinônimo de promoção da saúde. Já Rook (1984) assinala, as interações que se baseiam em obrigações decorrentes do recebimento do suporte, bem como, as que geram conflitos denotam o lado negativo das relações sociais.

Rodrigues e Cohen (1998) apontam que o suporte social se refere aos recursos psicológicos e materiais disponíveis aos indivíduos através de seus relacionamentos interpessoais que produzem resultados benéficos sobre a saúde física e mental. Segundo eles as três dimensões mais estudadas que constituem o suporte social são: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional. O suporte emocional refere-se às expressões de carinho, cuidados e preocupação que o indivíduo recebe de outros. Já o suporte instrumental ou estrutural são apoios tangíveis ou recursos materiais que o indivíduo pode receber de outros. Enquanto o suporte informacional são as informações disponibilizadas pela rede social. Para os autores é importante atentar para o aspecto subjetivo do conceito. É o indivíduo que, através da sua própria percepção, seleciona qual o tipo de suporte (emocional, instrumental, informacional) é necessário para atender a uma necessidade específica, em uma determinada situação.

Recentemente, resultados da pesquisa realizada por Sangy (2014) com adolescentes escoteiros evidenciaram que a percepção de suporte social no convívio em grupo no ambiente de escotismo mantém esses juvenis com níveis significativos de bem-estar subjetivo. Desta forma, o bem-estar que desses adolescentes apresentaram-se fortemente conectado ao suporte social, isto é, a crença de que há pessoas que os valorizam, os apreciam, os amam e se preocupam com eles. Os resultados do estudo de Polleto (2011)

também evidenciaram que o suporte social de pessoas em uma instituição de acolhimento a crianças e adolescentes auxiliou as crianças a construir respostas mais adequadas para lidar com situações adversas. Em ambos os estudos percebe-se a relação positiva do suporte social na promoção da saúde mental do indivíduo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo correlacional e com desenho transversal (TABACHNICK; FIDELL, 2001). Nele buscou-se analisar a relação entre bem-estar subjetivo e suporte social em adolescentes. A coleta de dados foi realizada através de um questionário contendo duas escalas que avaliaram as duas variáveis deste estudo.

Participantes

Este estudo foi realizado com a participação voluntária de 181 adolescentes. O critério de escolha foi o de conveniência. Para participar do estudo o adolescente deveria ter entre 12 e 18 anos de idade. O tamanho da amostra foi calculado com base em Tabachnick e Fidell (2001). A idade média dos participantes foi de 13,94 anos (DP=1,85), sendo 57,5% do sexo masculino e 42,5% do feminino. A escolaridade variou entre o nível fundamental incompleto (57,5%) a médio completo (2,20%).

Instrumentos

Utilizou-se para a coleta de dados um questionário de autopreenchimento, composto por duas escalas para aferir as duas variáveis deste estudo conforme sinalizado abaixo:

- 1) **Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS)** – medida construída e validada por Siqueira (2008) para aferir a dimensão de suporte prático (19 itens, alfa = 0,91) e a de suporte emocional (dez itens, alfa = 0,92). As respostas foram dadas em uma escala de 4 pontos.
- 2) **Escalas de Bem-estar Subjetivo** – para avaliar os afetos positivos e negativos foi aplicada a **Escala de Ânimo Positivo e Negativo**, construída e validada por Siqueira, Martins e Moura (1999), composta por 14 itens distribuídos em dois fatores: afetos positivos (seis itens, alfa = 0,87) e afetos negativos (oito itens, alfa = 0,88). As respostas foram dadas em uma escala de 5 pontos (1=nada, 2=pouco,

3=mais ou menos, 4=muito, 5=extremamente). A **Escala Satisfação Geral com a Vida**, construída e validada por Siqueira, Gomide Junior e Freire (1996), foi aplicada na versão reduzida (15 itens, alfa = 0,84) para medir a dimensão cognitiva de bem-estar subjetivo. As repostas foram assinaladas em uma escala de 5 pontos.

Para a caracterização da amostra, ao final do questionário, foram acrescentadas questões sobre sexo, idade, escolaridade.

Em função do contexto e idade dos participantes, o item 25 “Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim” da Escala Percepção de Suporte Social (EPSS) foi excluído, portanto havia somente 28 variáveis na EPSS. Igualmente, na Escala Satisfação Geral com a Vida (ESGV) foi eliminado o item 9 “Com meu trabalho atual.” Desta forma esta escala ESGV ficou com 14 itens. É importante ressaltar que a exclusão dos itens não comprometeu os Alfas das escalas, conforme assinalado na apresentação dos resultados.

Procedimentos

Após aprovação do comitê de ética, iniciou-se a coleta de dados. No momento da aplicação do questionário foi informado a cada adolescente e respectivamente seu responsável legal os objetivos da pesquisa garantido o total anonimato na análise e publicação dos resultados. Mediante o aceite do adolescente em participar e consentimento do responsável e assinatura dos termos de consentimento (responsável legal) e assentimento (adolescente) foi entregue o questionário para preenchimento.

Cada adolescente preencheu instrumento diante do pesquisador. Eventuais dúvidas foram esclarecidas, visando o preenchimento completo do instrumento, evitando itens em branco, salvo se o adolescente não quisesse responder ao item.

Análise dos dados

Os dados coletados, todos representados por indicadores numéricos, foram codificadas e passaram a compor um banco de dados no software do programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 20.0. Tais dados foram analisados por meio do cálculo de frequências, percentuais, médias e desvios padrão, bem como calculado a correlação (*r* de *Pearson*) entre as variáveis do estudo.



REFERÊNCIAS

BERKMAN, L.F. The role of social relations in the health promotion. **Psychosomatic Medicine**, v.57, n.3, p.245-254, 1995. Disponível em: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/57/3/245.full.pdf>> Acesso em: 17 jan. 2013.

BRADBURN, N.M. **The structure of psychological well-being**. Chicago: Aldine Publishing, 1969.

CAMPBELL, A.; CONVERGE, P.E.; RODGERS, W. L. **The quality of American life**. New York: Russell Stage Foundation, 1976.

CASSEL, J.C. The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**. v.104, n.2, p.107-123, 1976. Disponível em: <https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cassel-AmEpid-1976.pdf>. Acesso em: 19 set. 2012.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v.38, n.5, p.300-314, 1976. Disponível em: <https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cobb-PsychosomaticMed-1976.pdf>. Acesso em: 26 set. 2012.

COHEN, S. Social relations and health. **American Psychologist**, v.59, n.8, p.676-684, 2004. Disponível em: <<http://www.psy.cmu.edu/~scohen/AmerPsycholpaper.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

COHEN, S.; WILLS, T.A. Stress and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, v. 98, n.2, p.310-377, 1985.

DIENER, E. Subjective well being. **Psychological Bulletin**, v.95, n.3 p.542-575,1984.

_____. Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. **American Psychologist**, v.55, n.1, p.34-43, 2000.

DIENER, E. *et al.* Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. **Psychological Bulletin**, v.125, n.2, p.276-302, 1999. Disponível em: <http://dipeco.economia.unimib.it/persona/stanca/ec/diener_suh_lucas_smith.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2013.

DIENER, E.; SCOLLON, C.; LUCAS, R. E. The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. **Advances in Cell Aging and Gerontology**, v.15, p.187-219, 2003.

DIENER, E.; SUH, E. Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. **Social Indicators Research**, v.40, n.1, p.189-216, 1997.

EMMONS, R. A. Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.51, n.5, p.1058-1068, 1986.

FREDRICKSON, B.L. What good are positive emotions? **Review of General Psychology**, v. 2, n.3, p.300-319, 1998. Disponível em: <<http://www.unc.edu/peplab/publications/Fredrickson%201998.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2013.

GALINHA, I.; RIBEIRO, J.L.P. História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.6, n.2, p.233-214, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

KAPLAN, B.; CASSEL, J.; GORE, S. Social support and health. **Medical Care**, v.15, n.5 p.47-58, 1977.

LAMB, K.L.; BRODIE, D. A.; ROBERTS, K. Physical fitness and health-related fitness as indicators of a positive health state. **Health promotion**, v.3, n.2, p.171-182, 1988.

LAND, K.C. Social indicators models: An overview. In: LAND, K.C.; SPILERMAN, S. (Orgs.) **Social indicator models**. New York: Russell Sage Foundation, 1975, p.5-36.

MITCHELL, J.C. The concept and use of social network. In: _____(Org.) **Social networks in urban situations: Analysis of personal relationships in central African towns**. Manchester: University, 1969, p.29-42.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde, 1948**. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

PALLANT, J. **SPSS - Survival Manual**. New York: Open University Press, 2007.

POLETTI, M. **Bem-estar subjetivo: um estudo longitudinal com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social**. 2011. 171 f. Tese (Doutorado em Psicologia)-Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Disponível em <<http://bdtd.ibict.br/>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

RIBEIRO, J.L.P. **Introdução à Psicologia da Saúde**. Coimbra: Quarteto, 2007. (Original de 1998).

RODRIGUEZ, M.S.; COHEN, S. Social support. **Encyclopedia of Mental Health**, v.3, p.535-544, 1998. Disponível em: <<http://www.psy.cmu.edu/~scohen/socsupchap98.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

ROOK, K.S. The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. **Journal of Personality and social Psychology**, v.46, n.5, p.1097-1108, 1984.

SANGY, M. **O papel moderador de potência de equipes sobre as relações entre percepção de suporte social e bem-estar subjetivo.** 2014. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da saúde)-Faculdade de Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2014. Disponível em: <http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3462> Acesso em: 19 mar. 2016.

SARASON, B.R. *et al.* Assessing social support: the social support questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.44, n.1, p.121-137, 1983. Disponível em: <http://wikieducator.org/images/1/14/Sarason-83-SSQ1.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMINHALYI, M. Positive psychology: an introduction. **American Psychologist**, v.55, n.1 p.5-14, 2000. Disponível em: <<http://www.ppc.sas.upenn.edu/ppintroarticle.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

SIQUEIRA, M.M.M. Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.2, p.381-388, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a21v13n2.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

SIQUEIRA, M.M.M.; GOMIDE JR, S.; FREIRE, S.A. Construção e validação de uma Escala de Satisfação Geral com a Vida (ESGV). Manuscrito não publicado, **Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, 1996.

SIQUEIRA, M.M.M.; MARTINS, M.C.F.; MOURA, O.I. Construção e validação fatorial da EAPN: Escala de Ânimo Positivo e Negativo. **Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro**, v.2, n.3, p.34-40, 1999.

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

TABACHNICK, B.G.; FIDELL, L.S. **Using multivariate statistics.** Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 2001.