

**BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Luciana Perpétuo Fernandes

*Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança
para a obtenção do grau de Mestre em Envelhecimento Ativo*

Orientada por:

Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Bragança, Novembro, 2016

**BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Luciana Perpétuo Fernandes

Bragança, Novembro, 2016

“O que está em causa é a noção de valor da pessoa, seja qual for a idade, o estatuto ou qualquer outro atributo”

(Quaresma, 2012, p. 20)

RESUMO

O fenómeno da Institucionalização é bastante frequente nos idosos e está por detrás de diversas razões, trazendo também várias consequências para o idoso. Neste estudo centramo-nos no Bem-Estar Subjetivo, bem estar este que engloba por um lado, a avaliação que o indivíduo faz da sua própria vida, ou seja, a sua satisfação perante a vida, e por outro, o seu nível de afetividade, ou seja, a presença de afetos positivos e/ou negativos.

Neste sentido, desenvolveu-se um estudo de carácter quantitativo, observacional, descritivo, analítico e transversal. A amostra foi constituída por 103 idosos institucionalizados em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro. Aplicamos um questionário com o objetivo de obter dados Sociodemográficos, Clínicos e Comportamentais, bem como avaliar o nível de Bem-Estar Subjetivo através das seguintes escalas: Escala de Satisfação com a Vida (*SWLS*) (Diener et al., 1985, versão portuguesa de Simões, 1992) e a Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (*PANAS*) (Watson, Clark & Tellegen, 1988; Versão Reduzida Portuguesa (VRP) de Galinha, Pereira & Esteves, 2014).

Os resultados obtidos na escala *SWLS* foram positivos e satisfatórios, com valores sólidos desta medida de confiança, para uma escala de cinco itens ($\alpha = .634$). O mesmo não se verificou relativamente à *PANAS-VRP*, escala com 10 itens, cujo valor estatístico do *Alfa de Cronbach* foi baixo, tanto na subescala de Afetos Positivos ($\alpha = .142$) como na subescala de Afetos Negativos ($\alpha = .356$). Tais valores revelam um grau de confiança aceitável para a *SWLS*, permitindo assegurar a validade da sua utilização e colocam em evidência o eventual desajuste da *PANAS-VRP* nesta amostra. Verificou-se assim que estes idosos obtiveram valores elevados na escala *SWLS* ($M = 15,31$, $DP = 2,53$) e na *PANAS-VRP* Afeto Positivo ($M = 12,1942$, $DP = 2,03912$) e valores mais baixos na *PANAS-VRP* Afeto Negativo ($M = 8,9126$, $DP = 2,66828$), que revelam elevados níveis de Bem-Estar Subjetivo. Não foi detetada uma relação estatística significativa entre as variáveis em estudo e o Bem-Estar Subjetivo.

Palavras – Chave: Institucionalização; Bem-Estar Subjetivo; Idoso.

ABSTRACT

Institutionalization is quite frequent among the eldest and, backed up by many different reasons and is also the cause of many consequences for the elderly. In this study, we're focusing on the subjective well being, construct which encompasses both the self evaluation one does about his or her own life, their own life satisfaction and their affection levels, i.e., the present of both positive and negative affections in their interactions.

As such, a quantitative, observational, descriptive, analytical and transversal study has been designed. Our target population was comprised of 103 institutionalized elders in elderly care centers from Mogadouro and Miranda do Douro counties. A questionnaire has been used to both assess sociodemographic, clinical and behavioral data as well as the subjective well-being, with these scales: Subjective Well Being Life scale (SWLS) (Diener et al., 1985, Simões' Portuguese version, 1992) and the Positive Affection and Negative Affection Scale (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988, Galinha, Pereira & Esteves' Portuguese short version, 2014).

The results displayed satisfactory and positive values for the SWLS scale, with solid reliability values for a five item scale ($\alpha = .634$). The same could not be said of the *PANAS-VRP*, 10 items scale whose Cronbach's Alpha value was significantly lower, both for the Positive Affection Scale ($\alpha = .142$) and the Negative Affection Scale it encompasses ($\alpha = .356$). These values show how well adjusted the *SWLS* seemed to be for the study's group, whilst the same cannot be said of the *PANAS-VRP*. Still, scores for both scales were high, considering the population being studied, both for the SWLS ($M = 15,31$, $SD = 2,53$) and the *PANAS-VRP* PA Scale ($M = 12,1942$, $SD = 2,03912$), with lower scores in the *PANAS-VRP* NA Scale ($M = 8,9126$, $SD = 2,66828$), which conveys high levels of subjective well-being. No statistical relationship significant on the subjective well-being has been verified considering the variables studied.

Keywords: Institutionalization; Subjetive Well-Being; Elders.

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Galvão e ao Professor Doutor Manuel Brás pela sua orientação, disponibilidade, dedicação e partilha do seu saber.

À minha mãe pela paciência demonstrada, pelo apoio emocional e por estar ao meu lado quando mais preciso.

Ao meu amigo Bruno pelo seu precioso apoio.

Às colegas de mestrado, nomeadamente a Eduarda, a Célia e a Daniela, com quem tive a possibilidade de trocar algumas impressões neste contexto. Amigas para a vida.

Aos dirigentes das instituições nas quais apliquei os inquéritos, que de uma forma tão nobre e empática me receberam nas mesmas. Muito obrigada pelo vosso caloroso acolhimento e colaboração.

Aos idosos que participaram neste estudo, o meu muito obrigada pela vossa contribuição, pois sem ela teria sido impossível a concretização da presente investigação. Foi um enorme prazer para mim trabalhar com todos vós. Uma experiência inesquecível.

SIGLAS

BES- Bem Estar Subjetivo

DP- Desvio Padrão

DGS- Direção-Geral da Saúde

Et al.- Outros

INE- Instituto Nacional de Estatística

M- Média

NA- *Negative Afect*

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PA- *Positive Afect*

PANAS- *Positive And Negative Afect Schedule*

SWLS- *Satisfaction With Life Scale*

VRP- Versão Reduzida Portuguesa

Índice Geral

Introdução.....	1
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
CAPÍTULO I. O Fenómeno do Envelhecimento.....	5
1.1 O Envelhecimento Demográfico.....	5
1.2 O Processo de Envelhecimento.....	8
1.3 Consequências do Envelhecimento – Transformações Biológicas, Psicológicas e Sociológicas.....	13
1.4 Envelhecimento Ativo.....	19
CAPÍTULO II. O Fenómeno da Institucionalização do Idoso.....	24
2.1 A Institucionalização do Idoso.....	24
2.2 Consequências da Institucionalização do Idoso.....	28
CAPÍTULO III. O Bem-Estar Subjetivo (BES).....	33
3.1 Bem-Estar Subjetivo	33
3.2 BES: Fatores de Influência.....	40
3.2.1 Fatores Intrínsecos.....	41
3.2.2 Fatores Extrínsecos.....	44
3.3 Bem-Estar Subjetivo e Idoso: Fatores de Influência.....	46

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO.....56

CAPÍTULO I. Metodologia.....57

1.1 Questão de Investigação, Objetivos e Variáveis.....	57
1.2 Hipóteses de Investigação.....	59
1.3 Tipo de Estudo.....	60
1.4 População e Amostra.....	60
1.4.1 Seleção da Amostra.....	61
1.5 Instrumento de Recolha de Dados.....	63
Questionário de Determinantes <i>Sociodemográficos</i>	63
Questionário de Determinantes <i>Clínicos</i>	64
Questionário de Determinantes <i>Comportamentais</i>	65
Instrumentos utilizados para avaliar o Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado.....	66
1.6 Procedimentos Formais e Éticos na Recolha de Dados.....	74
1.7 Tratamento Estatístico.....	76

CAPÍTULO II. Apresentação e Análise dos Resultados.....77

2.1 Análise do grau de confiança das escalas utilizadas: <i>PANAS</i> e <i>SWLS</i>	77
2.2 Análise das Hipóteses.....	79
<i>Hipótese 1</i> : O Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro é diferente segundo as variáveis <i>Sociodemográficas</i>	79

<i>Hipótese 2: O Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro é diferente segundo</i>	<i>as</i>	<i>variáveis</i>	
<i>Clínicas.....</i>			<i>84</i>
<i>Hipótese 3: O Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro é diferente segundo</i>	<i>as</i>	<i>variáveis</i>	
<i>Comportamentais.....</i>			<i>86</i>
CAPÍTULO III. Discussão dos Resultados.....			90
3.1 Discussão.....			90
CAPÍTULO IV. Conclusões do Estudo.....			94
4.1 Conclusões.....			94
Bibliografia.....			98
ANEXOS.....			113
Anexo I. Autorização para a aplicação da Escala <i>SWLS</i> e <i>PANAS-VRP</i>.....			114
Anexo II. Consentimento Informado para a Recolha de Dados.....			116
Anexo III. Instrumento de Recolha de Dados.....			119
Anexo IV. Proposta de Intervenção.....			131
Anexo V. Dados Estatísticos.....			135

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos inquiridos por Instituição.....	62
Tabela 2- Caracterização dos inquiridos relativamente à Idade.....	79
Tabela 3- Caracterização dos inquiridos relativamente ao Sexo.....	79
Tabela 4- Caracterização dos inquiridos relativamente aos Elementos Familiares mais Significativos.....	80
Tabela 5- Caracterização dos inquiridos relativamente ao Nível de Escolaridade	81
Tabela 6- Caracterização dos inquiridos relativamente ao Local de Residência anterior à Institucionalização.....	82
Tabela 7- Caracterização dos inquiridos relativamente às pessoas com quem viviam antes da Institucionalização.....	82
Tabela 8- Caracterização dos inquiridos relativamente à Avaliação do Estado Geral de Saúde	84
Tabela 9- Caracterização dos inquiridos relativamente à sua perceção acerca do seu nível de "Atividade"	86
Tabela 10- Caracterização dos inquiridos relativamente à sua perceção acerca do seu nível de "Atividade"	86
Tabela 11- Caracterização dos inquiridos relativamente à Frequência de Contacto com a Família.....	87

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

Figura 1- Índice de Envelhecimento (por sexo e ano) em Portugal entre os anos de 2011 e 2015.....	7
Quadro 1- Etapas do Processo de Envelhecimento.....	18
Gráfico 1- Caracterização dos inquiridos relativamente ao Estado Civil.....	80
Gráfico 2- Caracterização dos inquiridos relativamente aos Familiares com quem estabelecem mais contacto.....	88

Introdução

No âmbito do Mestrado em Envelhecimento Ativo, foi realizada a presente investigação, subordinada ao tema: “*Bem-Estar Subjetivo em Idosos Institucionalizados*”.

A escolha do tema advém do facto de o número de idosos estar a aumentar cada vez mais, essencialmente devido ao aumento da esperança média de vida e com isto surge a necessidade crescente em evidenciar-mos preocupação para responder às carências deste grupo etário. No entanto estas carências não envolvem exclusivamente a satisfação de necessidades básicas, como sendo a alimentação, higiene etc., mas sim muito mais do que isso, ou seja, a satisfação de necessidades do foro emocional e psicológico do idoso. Pois como irá ser demonstrado, envelhecer envolve uma componente biopsicossocial (biológica, psicológica e social) e por isso mesmo, temos de responder a todas estas vertentes, para contribuir a favor do Bem-Estar Subjetivo do idoso. Bem estar este que é tema fulcral na presente investigação, envolvendo por um lado, o nível de satisfação com a própria vida e por outro, o nível de afetividade. Como nos referem Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) o Bem-Estar Subjetivo revela-se por meio da satisfação com a vida e de respostas emocionais, incluindo deste modo uma componente cognitiva (satisfação com a vida) e uma componente afetiva (afetos positivos e/ou negativos).

A velhice é um tema caro ao ser humano e algo inevitável que nos faz colocar inúmeras questões. A solidão do idoso que se encontra afastado do seu meio familiar e social, por um lado, e, perante a necessidade de se ter de adaptar a um novo contexto, por outro, constituem-se questões centrais quando pensamos no idoso institucionalizado (Oliveira, 2006; citado por Carvalho & Dias, 2011).

A institucionalização é assim um momento muito complicado e de difícil gestão. O idoso institucionalizado acaba por se tornar um ser, na maioria das vezes, deprimido, fragilizado, insatisfeito com a sua vida e com ele próprio. Automaticamente torna-se evidente que o seu nível de bem-estar subjetivo fica também comprometido com esta realidade.

Neste contexto podemos referir que o bem-estar entre os idosos tem características próprias, dado que nestas faixas etárias a maior parte das pessoas já estão reformadas, por vezes vivem com alguma solidão, várias são viúvas, têm reformas baixas e outras estão em Lares, algumas com limitações de mobilidade. Deste modo, a vida de muitos destes idosos não é muito agradável. Por isso mesmo, medidas positivas como a convivência, a companhia e a atividade física poderão proporcionar melhorias na felicidade e bem-estar de muitos idosos (Lopes, 2006; citado por Menezes & Nunes, 2014).

Face ao exposto pareceu-nos relevante a realização deste estudo para conhecer a realidade acerca do Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares de concelhos que nos são familiares, como é o caso do concelho de Mogadouro e do concelho de Miranda do Douro. Propomos como ponto de partida os seguintes objetivos:

- Avaliar o Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro;
- Relacionar o Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro com as variáveis *Sociodemográficas, Clínicas e Comportamentais*;
- Disponibilizar os dados sobre a realidade em estudo, que promovam e facilitem o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito desta problemática;
- Realizar uma Proposta de Intervenção estruturada, no âmbito da temática em apreço, com o objetivo de dar resposta às potenciais problemáticas identificadas com a presente investigação.

Como metodologia para a concretização dos objetivos recorreremos a um estudo de investigação quantitativo, observacional, descritivo, analítico e transversal.

A presente investigação é assim constituída por duas partes: a primeira parte (Parte I- Enquadramento Teórico) e a segunda parte (Parte II- Estudo Empírico). A primeira parte contém o Enquadramento Teórico, que serve de suporte teórico ao objetivo de estudo. É constituída por três capítulos, o primeiro é relativo ao fenómeno do Envelhecimento, abordando-se dentro deste, o Envelhecimento Demográfico, o Processo de Envelhecimento, as Consequências do Envelhecimento (Transformações Biológicas, Psicológicas e Sociológicas) e por fim uma breve abordagem ao tema do Envelhecimento Ativo. O segundo capítulo retrata o fenómeno da Institucionalização do Idoso e as suas Consequências. O terceiro e último capítulo aborda a temática do Bem-Estar Subjetivo, os seus Fatores de Influência (Intrínsecos e Extrínsecos) e finaliza com o tema do Bem-Estar Subjetivo especificamente em contexto de Idosos, onde nos focamos nos Fatores de Influência.

A segunda e última parte desta investigação incorpora o Estudo Empírico desenvolvido dentro da temática em apreço e é constituído por quatro capítulos. O primeiro capítulo engloba a metodologia utilizada. O segundo capítulo contém a apresentação e análise dos resultados obtidos. No terceiro capítulo apresentamos a discussão dos resultados, e por fim, no quarto capítulo, apresentamos as conclusões do estudo.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – O Fenómeno do Envelhecimento

1.1 O Envelhecimento Demográfico

Um dos acontecimentos mais relevantes desde meados do século XX, até aos dias de hoje é o processo de Envelhecimento da sociedade a nível Mundial. Este fenómeno afeta todos os países, de uma forma diversa (Osório & Pinto, 2007).

Como nos refere e bem Oliveira (2010, p. 7) “o século XXI será certamente o século dos idosos, ao menos no mundo do ocidente. O envelhecimento da população é um fenómeno observado na maioria dos países”.

O Envelhecimento em Portugal apresenta-se como um dos problemas centrais do século XXI. As últimas décadas registaram um aumento significativo de idosos, o que transformou as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas. Este aumento advém essencialmente da conjugação, da queda da fecundidade com o aumento da esperança média de vida, bem como da emigração portuguesa das décadas de 1960 e 1970. A previsão é que este fenómeno continue a ocorrer, quer isto dizer, que segundo fontes do *Eurostat*, 3 em cada 10 pessoas terão 65 ou mais anos em 2050 (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013).

O nosso país, nos finais do século XX, possuía a população mais jovem em termos europeus, o que, atualmente, não acontece, pois apesar de não ser a mais envelhecida, é uma das que está a envelhecer mais depressa (Barreto, 2002). Durante o período compreendido entre 1960 e 1998, a população portuguesa sofreu um crescimento acentuado (12,3%), caracterizado quer pela queda da mortalidade, quer pela existência sistemática de migrações (Instituto Nacional de Estatística (INE), 1999). Estes fatores desencadearam alterações a nível da estrutura etária da população e uma consequente aceleração do envelhecimento demográfico.

Atualmente existem cerca de 600 milhões de pessoas idosas em todo o Mundo, prevendo-se que em 25 anos o número de idosos duplique, perspetivando-se que no ano de 2025 haja 1 bilião e 200 milhões e no ano de 2050 cerca de 2 biliões de idosos no Mundo (Fernández-Ballesteros, 2009; citado por Marques, Serdio Sánchez & Palacios Vicario, 2014). Também segundo os autores, os Censos de 2011 revelaram que cerca de 19% da população portuguesa, tem mais de 65 anos.

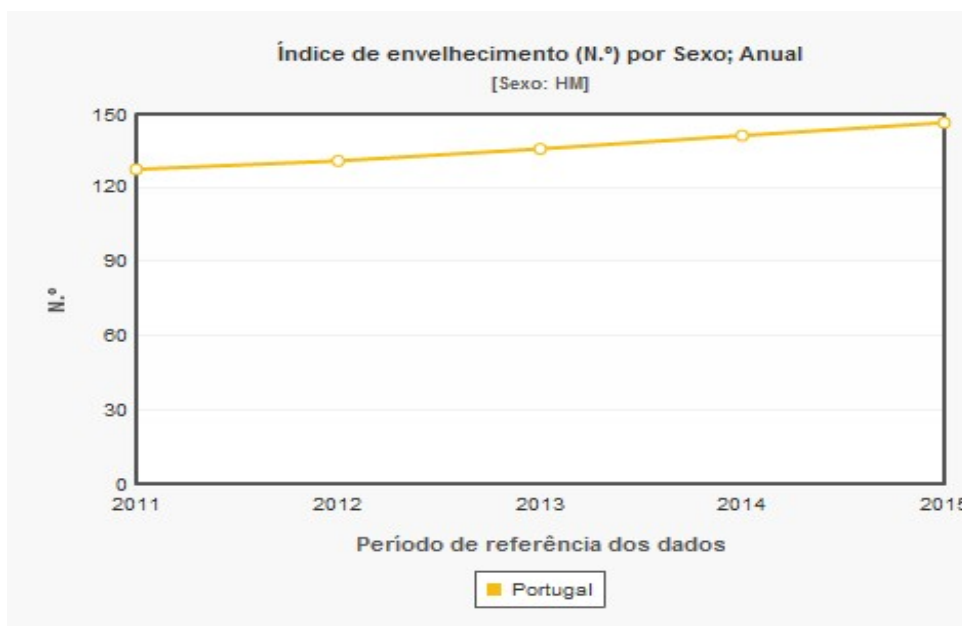
Nesta perspetiva também a Organização Mundial de Saúde (OMS) nos refere que se estima que em 2050, o número de pessoas com 60 ou mais anos será o dobro (22%) comparativamente com 2006 (11%), o que faz com que, pela primeira vez na história da humanidade, tenhamos mais idosos do que crianças (OMS, 2008). As novas tendências demográficas traduzem-se assim numa inversão da pirâmide populacional de muitos países. Se, até ao ano de 1960, a base era constituída essencialmente por indivíduos desde a infância até pessoas com 50/60 anos, agora constata-se o fenómeno contrário, ou seja, a base da pirâmide cada vez se encontra mais reduzida, e por sua vez o pico da mesma, cada vez mais alargado.

Alvarenga (2000) diz-nos que a proporção da população com idade igual ou superior a 65 anos, na zona euro, irá crescer de valores de 16% verificados em 2000, para valores próximos dos 20% em 2020, 25% em 2030 e 28% em 2050.

Ainda dentro desta ótica, Fernandes (1997) também nos menciona que o aumento da mortalidade infantil e a descida da fecundidade contribuíram, de uma forma inegável, para a redução do número dos mais jovens e o aumento das pessoas idosas. Por sua vez Brito (2001, p. 30) reforça-nos esta ideia salientando que "o aumento da população idosa a nível mundial, sobretudo, nos países industrializados, deve-se a dois fatores essenciais que são o aumento da esperança de vida e a redução da natalidade".

A figura seguinte (*Figura 1*) reflete claramente este envelhecimento progressivo da população, em concreto no nosso país, entre os anos de 2011 e 2015.

Figura 1- Índice de Envelhecimento (por sexo e ano) em Portugal entre os anos de 2011 e 2015



Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), 2016

Concluindo podemos referir que o envelhecimento demográfico é portanto um fenómeno crescente a nível mundial. Desta forma a população idosa tem vindo a aumentar consideravelmente, ao que se atribui uma maior expectativa de vida, provavelmente relacionada com um melhor controlo das doenças infeto-contagiosas e crónico-degenerativas, dando origem a uma necessidade de mudanças na estrutura social, para que estas pessoas tenham uma boa qualidade de vida (Franchi & Montenegro, 2005).

Assim este envelhecimento progressivo da população faz com que um dos grandes desafios do século XXI consista na reflexão sobre questões como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida, o estatuto do idoso na sociedade e a cidadania, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade do sistema de segurança social, da saúde e do modelo social vigente (Nunes, 2005; citado por Marques, Serdio Sánchez & Palacios Vicario, 2014).

De seguida passamos a abordar o processo de envelhecimento e as suas implicações na qualidade de vida do idoso.

1.2 O Processo de Envelhecimento

O fenómeno do envelhecimento é complexo pois “consiste num processo contínuo que se traduz numa trajetória através de diferentes instituições sequencialmente organizadas e ajustadas por critérios etários ao curso de vida” (Morgan *et al.*, 2007; citado por Cabral & Ferreira, 2013, p. 25).

A OMS (2002) reconhece que qualquer que seja o limite mínimo adotado para o início da velhice, deve reconhecer-se que a idade cronológica não é considerada como um marcador preciso para as alterações que acompanham o processo de envelhecimento. Ou seja, poderão existir grandes variações no que concerne às condições de saúde, nível de participação na sociedade e nível de independência entre as pessoas idosas, em diferentes contextos.

Neste contexto também Fontaine (2000) nos refere que não é possível estabelecer-mos exatamente uma idade para o início da velhice, de acordo com o seu nível (biológico, psicológico ou sociológico). A sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo.

No entanto outras perspetivas referem-nos que os 65 anos de idade marcam a entrada naquilo a que normalmente consideramos *velhice*. Certos psicólogos dividem a velhice em dois segmentos: *Velhice Inicial* e *Velhice Avançada*. Dentro da primeira categoria incluem-se pessoas entre os 65 e 75 anos de idade. Como principais características destas pessoas temos: muito tempo livre, mentalmente costumam ser alertas, a saúde em geral costuma ser boa, são propensas à aventura (segunda vida), entre outras. Na velhice avançada, que se inicia a partir dos 75 anos, temos como características principais: a preparação para lidar com doenças que podem gerar incapacidade, o declínio das capacidades e mais tarde a morte e ao mesmo tempo, o tirar satisfação à vida (Davidoff, 2000).

O envelhecimento da população observa-se em todos os países, principalmente nos mais industrializados, como foi já referido. O envelhecimento não é um estado, mas um processo diferencial de degradação. Os indivíduos envelhecem de formas muito distintas, podemos assim falar de uma idade biológica, de uma idade social e de uma idade psicológica, que podem divergir muito da idade cronológica (Fontaine, 2000). Assim segundo este autor o envelhecimento é um processo de degradação progressiva e diferencial. Todos os seres vivos, sem exceção são atingidos por ela e culmina com a morte do organismo.

Também Molina e Tarrés (2003) nos referem que o processo de envelhecimento derivado da passagem do tempo sobre as pessoas não é homogêneo, de tal maneira que as diferenças individuais e as funções fisiológicas, psicológicas, etc., configuram um panorama de grande diversidade neste processo. Assim podemos falar de uma idade cronológica, biológica e psicológica, segundo nos referimos ao número de anos, ao organismo, à personalidade ou à competência social. As mudanças psicológicas que se dão com o envelhecimento, são causadas na maioria dos casos pela evolução própria do ser humano, por este mesmo motivo convém rejeitar toda a visão negativa do envelhecimento e tentar positivar esta importante etapa da vida.

Tendo a velhice uma idade certa ou incerta para o seu início, a verdade é que “o envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos, em função do agravamento da morbilidade, adquirida previamente, e de uma maior vulnerabilidade do idoso” (Sequeira, 2010, p.21).

Para Binet e Bouliere (s/d) citados por Molina e Tarrés (2003), o envelhecimento define-se como uma série de modificações morfológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas, que a passagem do tempo desencadeia nos seres humanos. Segundo Strelher (s/d) citado por Molina e Tarrés (2003), o envelhecimento é um processo universal (que afeta todos os organismos vivos), intrínseco (característica própria de todas as espécies), progressivo (surge e progride com a passagem do tempo) e eventualmente deletério (determina a morte dos indivíduos).

Para o mesmo autor o envelhecimento pode dividir-se em primário (o processo fisiológico que ocorre com a normal passagem dos anos), secundário (quando o processo anterior se associa a uma doença ou incapacidade), terciário (as situações sociais, económicas e culturais que podem modificar o processo de envelhecimento) e adicional (quando se associam alterações pelo uso de drogas, incluindo fármacos).

A velhice poderá assim ser vivida de diferentes formas, ou seja, poderemos estar perante uma velhice bem sucedida, com padrões considerados ótimos nos campos físico, psicológico e social, ou perante uma velhice normal, aquela que é marcada pelo surgir de mudanças típicas do envelhecimento humano, que são determinadas pela espécie e não são patológicas, ou por fim perante uma velhice patológica, marcada pela presença de uma ou mais doenças mentais e/ou físicas de ordem crónica (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004).

O idoso vive a velhice como a última fase do ciclo natural da vida humana, na qual as mudanças que são originadas pelo processo degenerativo do organismo aumentam as perdas físicas, ocorrendo significativas transformações psicológicas, culturais e sociais, com diversas implicações na interação com o meio no qual se está inserido (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004). Os mesmos autores também nos referem que o idoso ao viver esta última etapa da vida sente-se muito aborrecido e melancólico. Isto faz com que passe por um desequilíbrio social, pois as suas relações interpessoais ficam comprometidas, originando consequências psíquicas e biológicas, conduzindo muitas vezes à dependência e ao alheamento.

O Envelhecimento refere-se portanto a uma acumulação de alterações que ocorrem desde o momento da fertilização até à morte do organismo, trata-se de um processo universal e não recíproco ao longo do tempo. Embora a velocidade do envelhecimento seja diferente de indivíduo para indivíduo e em diferentes órgãos, o processo de envelhecimento é inevitável para todos (Oh, Lee, Park, Kim, Chung, Kim & Yeo, 2014).

Doenças degenerativas, incluindo a doença das artérias coronárias, diabetes mellitus, hipertensão, cancro, demência senil, artrite, osteoporose, todas elas interagem com o processo de envelhecimento. Assim, bons hábitos e estilos de vida saudáveis podem retardar o aparecimento de doenças crônicas, resultando numa melhor qualidade de vida com curtos períodos de doença, e com o aumento da expectativa de vida (Kwon IS, 2007; cit. por Oh *et al.*, 2014).

Neri e Yassuda (2008) referem-nos que a velhice constitui, deste modo, a última etapa do ciclo vital e é caracterizada por um declínio de funções biológicas, resiliência, plasticidade e um aumento da dependência dos recursos culturais. Este declínio não é universal em todos os domínios do organismo, ocorrendo em diferentes ritmos para diferentes pessoas e grupos. Assim cada indivíduo envelhece de acordo com as suas próprias características, segundo a sua história de vida, as suas opções, as suas possíveis doenças e de acordo com o contexto social vivenciado (Rodrigues & Soares, 2006; citados por Duarte, 2014).

Finalizamos esta temática relatando a experiência vivida por Rogers (1983), quando se refere a uma fase da sua vida, que foi compreendida entre os 65 anos e os 75 anos de idade. O autor refere as várias alterações que sentiu, a diversos níveis, durante esse período. Na dimensão física ele afirma claramente que sentiu uma degeneração física. Certas atividades que antes desempenhava sem qualquer tipo de dificuldade, hoje, significam um obstáculo. Assim também sentiu certos distúrbios na visão, nos batimentos cardíacos, entre outros.

No entanto ainda apreciava uma caminhada de 4 Km pela praia. Sentia-se capaz de levantar objetos pesados, fazer todas as compras, cozinhar, lavar a loiça, carregar as suas próprias malas. Exteriormente sentia-se velho mas internamente sentia-se ainda, a mesma pessoa, nem velha nem nova. Deste modo, para o autor, estes últimos 10 anos vividos (dos 65 aos 75 anos de idade) foram fascinantes, repletos de acontecimentos empolgantes. Encara a fase como sendo de riscos, de aprendizagem, crescimento pessoal e enriquecimento, como outras fases da vida. Sente-se assim como alguém que envelhece crescendo e não morrendo.

As teorias que explicam o envelhecimento, estão inseridas num contexto biopsicossocial, abrangendo assim os domínios biológico, psicológico e social da pessoa. O ato de envelhecer envolve, deste modo, diferentes contextos do indivíduo e não exclusivamente o contexto biológico, ou seja, as transformações naturais que se dão no organismo. A componente social e psicológica são aqui também muito relevantes, como irá ser referido de seguida.

1.3 Consequências do Envelhecimento - Transformações Biológicas, Psicológicas e Sociológicas

O envelhecimento é um fenômeno que pode ser apreendido a diversos níveis. Antes de mais biológico, porque os estigmas da velhice, de certa forma mais palpáveis, se traduzem com a idade por um aumento das doenças, por modificações do nosso aspeto, tal como a nossa forma de nos deslocarmos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco sulcam a nossa pele; social, com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma; finalmente psicológica, com as modificações das nossas atividades intelectuais e das nossas motivações. O conjunto destas transformações constitui o objeto de estudo da gerontologia (Fontaine, 2000, p. 11).

Sequeira (2010) revela-nos que o envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, e por isso torna-se complicado definir uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como “velhas”. O processo de envelhecimento é individual e distinto para cada indivíduo, no entanto geralmente caracteriza-se por uma alteração progressiva dos mecanismos homeostáticos do idoso, responsáveis por manter o equilíbrio no meio interno (Molina & Tarrés, 2003).

Contudo, o envelhecimento é um processo que traz consigo efeitos negativos, envelhecer acarreta mudanças no estado de saúde e na participação da vida social. Viver mais encontra-se associado a uma exposição mais elevada a doenças crónicas não transmissíveis bem como a um declínio das redes sociais e pessoais (Cabral & Ferreira, 2013).

O envelhecimento é um processo muitas das vezes delicado e doloroso para muitos idosos. O isolamento, a falta de apoio social, a dificuldade em lidar com o próprio processo de envelhecimento, com a morte do cônjuge, o abandono familiar, as dificuldades para se manter financeiramente, o aparecimento de doenças físicas e psíquicas, são tudo problemáticas associadas ao processo de envelhecimento (Marin, Miranda, Fabbri, Tinelli & Storniolo, 2012).

O ato de envelhecer representa uma diminuição da capacidade de adaptação devida à existência de uma redução da flexibilidade dos mecanismos fisiológicos que regulam o equilíbrio necessário para manter constante o meio interno. Os diferentes órgãos do corpo humano têm uma enorme reserva funcional, que indica a sua capacidade para fazer frente a agressões externas. No entanto esta reserva vai-se perdendo com a passagem dos anos, bem como a possibilidade de enfrentar agentes externos (Molina & Tarrés, 2003).

Fonseca (2006) refere-nos a existência de dois tipos de envelhecimento, o *normal*, que não implica a ocorrência de patologia e o envelhecimento *patológico*, aquele em que há presença de doença e esta se torna a causa próxima da morte. Dentro do envelhecimento patológico destacamos as patologias mais frequentes que ocorrem com o processo normal de envelhecer, são elas, a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, as doenças cardiovasculares, as patologias do aparelho locomotor e respiratório, as infeções, os tumores, as hepatopatias e as infeções da próstata (Molina & Tarrés, 2003).

O envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial, que atinge os domínios biológico, psicológico, ecológico e sociocultural. No domínio biológico, existem várias alterações à medida que se envelhece, onde a perceção individual acerca dos ganhos e perdas desenvolvimentais, está mais voltada para o lado das perdas do que para o lado dos ganhos. Estas perdas a nível biológico acabam por influenciar o padrão global de saúde, a mobilidade física, o funcionamento cognitivo, etc. (Heck, Dixon & Baltes, 1989; citados por Fonseca, 2004).

Estudos recentes afirmam que não se pode inferir que um empobrecimento a nível do funcionamento biológico afete os outros domínios do funcionamento humano (Helin, 2000; citado por Fonseca, 2004). Existem diferenças significativas entre os indivíduos quanto ao impacto do domínio biológico (Birren, 1995; citado por Fonseca, 2004) e o modelo *SOC* (Baltes, 1997; citado por Fonseca, 2004) revela-nos que há formas construtivas de lidar com este declínio, tratando-se portanto, de uma mudança que exige esforços distintos de adaptação.

Em relação ao domínio psicológico, Fonseca (2004) refere-nos que existe um conjunto de fenómenos de natureza psicológica que podem ser destacados: reações emocionais, personalidade, mecanismos perceptivos, aprendizagem, memória e cognição, estilos de relação interpessoal, controlo, etc. A análise destes fenómenos associados ao envelhecimento, revela-nos que subjacente ao funcionamento psicológico existe uma plasticidade intra-individual que potencializa a capacidade adaptativa do indivíduo.

Para o mesmo autor no domínio ecológico, a interação contínua que existe ao longo do ciclo de vida entre o indivíduo e o meio envolvente não se interrompe bruscamente com o envelhecimento, apenas existe uma alteração.

Finalmente no domínio sociocultural, podemos referir também segundo a ótica de Fonseca (2004), que existe uma série de fatores sociais e culturais que para a psicologia do ciclo de vida, exercem um impacto especial, desempenhando um papel primordial na vida dos indivíduos à medida que vão envelhecendo. A exemplo temos a forma como as instituições e estruturas sociais afetam estes indivíduos, positiva ou negativamente.

Também Fonseca (2006) nos refere que o envelhecimento é constituído por três componentes, uma biológica (senescência), outra social e uma outra psicológica. Passamos a descrevê-las de seguida, segundo a ótica deste autor.

Em relação à componente biológica, referente ao processo de senescência, relativo às perdas que se vão sucedendo no organismo ao longo do envelhecimento. Esta componente reflete uma vulnerabilidade crescente de onde resulta uma maior probabilidade de morrer. A componente social é relativa aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário. Por fim a componente psicológica é definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência (perdas).

Ferrer (2009) refere que o envelhecimento e o desenvolvimento pessoal são processos biopsicossociais muito complexos. Aposta-se aqui por um desenvolvimento ontogenético da mente e do comportamento dinâmico, multidimensional e não linear, com um vigoroso acento no contexto, no adaptativo, no probabilístico e na dinâmica auto-organizativa (Baltes, 1999; Baltes, Staudinger & Linenberger, 1999; citados por Ferrer, 2009).

Ainda neste contexto, também Osório e Pinto (2007) referem que o aumento da esperança de vida atual e futura assume várias dimensões: biológica, psicológica e social. A perspetiva biológica refere que com o passar do tempo é normal que se gerem uma série de limitações e reduções da capacidade funcional relativamente às outras etapas da vida. No entanto esta situação não impede que muitas pessoas usufruam de uma vida satisfatória. Devido ao avanço médico, cada vez mais podemos acreditar num envelhecimento biológico sem doenças graves e problemáticas, que por sua vez possam condicionar de forma relevante a autonomia dos indivíduos até idades muito avançadas.

Em relação ao contexto psicológico, os mesmos autores revelam-nos que perante a situação da reforma dos idosos, podemos assumir que o processo de envelhecimento é um processo vital. O envelhecimento é mais um etapa do desenvolvimento humano. Pelo que não é tão condicionado pelos tempos cronológicos como pelas influências do ambiente. As pessoas mantêm as mesmas disposições básicas ao longo da vida sempre que o estado de saúde seja considerado bom.

Em relação ao contexto social tornam-se evidentes, com intensidade, as alterações de papéis e funções dos grupos etários. O sentido de envelhecimento passou de uma concepção “gerontocrática” do passado para uma “hipervalorização” dos estilos juvenis, acarretando o risco de desvalorizar o papel das gerações mais velhas na sociedade atual (Osório & Pinto, 2007).

Em jeito de conclusão e mencionando Sequeira (2010), podemos referir que existe então múltiplos determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos que contribuem para a forma como envelhecemos, bem como para a ocorrência de doenças ao longo da vida, principalmente na fase da velhice. O declínio das funções cognitivas, associadas ao envelhecimento, também se encontra relacionado com fatores externos comportamentais, ambientais e sociais. Estes fatores estão associados ao surgir de múltiplas doenças e incapacidades do idoso. Dado que não podemos separar a componente biológica da social e da psicológica do indivíduo, sendo por isso, a abordagem biopsicossocial a mais correta para explicar o processo de envelhecimento.

Apresentamos um quadro síntese (*Quadro 1*) que resume as principais etapas do processo de envelhecimento, enunciando algumas das alterações que acompanham as diferentes dimensões/etapas do processo de envelhecimento, a biológica, a psicológica e a sociológica (Carvalho, 2012).

De seguida será abordado um tema bastante relevante e que cada vez assume maior peso na nossa sociedade, dado o evidente aumento da população idosa. Concretamente falamos do fenómeno do Envelhecimento Ativo, o qual procura reforçar a ideia de que o idoso não deve ser encarado como um ser inútil, mas antes como um ser que ainda é capaz de dar muito à sociedade, não obstante, as suas limitações naturais e inevitáveis decorrentes do processo de envelhecimento, como vem de ser analisado.

Quadro 1- Etapas do Processo de Envelhecimento

<i>Dimensão Biológica</i>	<i>Dimensão Psicológica</i>	<i>Dimensão Sociológica</i>
Aumento do tecido conjuntivo;	Atitude hostil ante o novo;	O idoso deixa de ser objeto de carinho e respeito junto da família, relações conjugais insatisfatórias, redução ou anulação de comportamento sexual satisfatório;
Perda das propriedades elásticas do tecido conjuntivo;	Lentificação e fadiga;	A reforma, pode conduzir a uma rutura com vínculo de relações sociais significativas para o indivíduo;
Desaparecimento de elementos celulares do sistema nervoso;	Diminuição da vontade, das aspirações e da atenção;	O aumento da frequência dos transtornos psíquicos no idoso deve-se a estes fatores sociais nocivos: a situação de isolamento ou a solidão afetiva, a subestimação social, a inatividade profissional e a insegurança financeira;
Redução da quantidade de células de funcionamento normal;	Enfraquecimento e diminuição da consciência crítica;	Estes fatores operam também como agentes ativadores no processo de envelhecimento e intensificam as mudanças negativas no âmbito da inteligência, do caráter e da vitalidade.
Aumento da quantidade de gordura;	Apego ao conservadorismo;	
Diminuição do consumo de oxigénio;	Deterioração da memória;	
Diminuição da quantidade de sangue que o coração bombeia em estado de repouso;	Diminuição global do rendimento intelectual;	
Menor expulsão de ar dos pulmões;	Anomalias de caráter: desconfiança, irritabilidade e agressividade;	
Diminuição da força muscular;	Estreitamento da afetividade;	
A excreção hormonal (glândulas sexuais e suprarrenais) é menor que o normal.	Retardamento da fase sexual de ereção.	

Fonte: *Etapas do Processo de Envelhecimento*, Pedro Carvalho (2012). In C. Moura, (Ed.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento - Intervenção para um Envelhecimento Ativo*. Cláudia Moura.

1.4 Envelhecimento Ativo

O envelhecimento ativo refere-se ao processo de “otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (OMS, 2002; citada por Cabral & Ferreira, 2013, p.12). A qualidade de vida é a tônica dominante e, ainda que as condições de saúde sejam acentuadas, estão longe de contemplar apenas os aspetos biomédicos. O envelhecimento ativo não se restringe à promoção da saúde. Diz também respeito aos fatores ambientais e pessoais associados ao bem-estar. A sociedade, a comunidade e a família exercem igualmente um enorme impacto na forma como se envelhece (Cabral & Ferreira, 2013, p.13).

Todos envelhecemos, envelhecer ativamente, com bem-estar e alta qualidade de vida, é um dos mais importantes temas que a ciência e a sociedade encaram atualmente, face à evidência da longevidade e da mudança demográfica. Nunca antes tantas pessoas conseguiram alcançar idades tão avançadas, como acontece hoje em dia. Nas últimas décadas, tanto nos países Europeus como em todo o Mundo, produziu-se uma enorme extensão na amplitude da vida humana. Vivemos mais e parecemos mais ativos e melhores que os nossos pais e os nossos avôs. Isto deve-se ao progresso da medicina e das melhorias educativas, socio-económicas, das condições de vida, mas também, da melhoria dos estilos de vida. Sendo assim, o importante não é somente adicionar anos à vida mas sim, vida aos anos (Lehr, 2008).

A OMS (1986) citada por Squire (2004) também defende esta perspetiva de velhice. O Envelhecimento Ativo (com êxito, saudável, ótimo, produtivo, positivo) constitui um novo âmbito da ciência, uma meta para qualquer indivíduo e um objetivo sociopolítico.

Uma velhice bem sucedida envolve a ausência de doenças físicas e mentais crónicas e de incapacidades funcionais que por sua vez comprometam o funcionamento em níveis esperados para pessoas adultas.

A ausência de fatores de risco, como a hipertensão, o tabagismo e a obesidade. A manutenção do funcionamento físico e mental e uma ligação ativa com a vida. Assim uma velhice bem sucedida revela-se em idosos que mantêm a autonomia, independência e envolvimento ativo com a vida pessoal, com a família, com os amigos, com o lazer e com a vida social (Neri, 2008).

Como nos referem Carvalho e Dias (2011), envelhecer é apenas a transição para uma nova etapa da vida, a qual devemos encarar de forma positiva, saudável e proativa. Assim a velhice não é uma doença nem a devemos encarar como tal, mas sim uma fase em que o ser humano se encontra mais suscetível a doenças (Zimmerman, 2000; citado por Carvalho & Dias, 2011).

Deste modo, como nos refere Squire (2004), a terceira idade não tem necessariamente de ser um período a temer, se todos evitar-mos uma visão gerontista da velhice. Fletcher *et al.* (2000) citados por Squire (2004), defendem que existe uma larga evidência de que se mantiver-mos um certo estilo de vida saudável durante a velhice poderemos obter ganhos de saúde. Este autores afirmam que há grandes oportunidades de reduzir os efeitos da doença e da incapacidade bem como melhorar a qualidade de vida, através de políticas sociais e de saúde adequadas. Os autores mencionam que estes serviços deverão ser prestados pelos serviços sociais e de saúde comunitários com o objetivo de transformar a qualidade de vida dos idosos, aliviar a desvantagem e diminuir a necessidade da institucionalização.

Nesta ótica também a Direção-Geral da Saúde (2004) nos refere que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Para isso é necessário uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral assim como a formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social. É fundamental que o envelhecimento seja pensado ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora de saúde e autonomia.

Para tal a prática de atividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, a cessação de hábitos tabágicos e do consumo moderado de álcool, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social são aspetos indissociáveis.

O Envelhecimento Ativo aparece como um processo que conjuga auto-determinação individual e condições sociais, económicas e culturais, assumidas como um compromisso coletivo de desenvolvimento social. Assim, o facto de um número considerável de pessoas mais velhas sentir ainda esta fase da vida como um tempo de marginalização, significa que existe um longo caminho a percorrer para contrariar esta realidade (Quaresma, 2012).

O mesmo autor refere-nos que se torna de extrema importância sensibilizar a opinião pública para o valor do Envelhecimento Ativo, com o objetivo de destacar o contributo das pessoas mais velhas para a sociedade, assim como desenvolver a prevenção/ controle dos riscos ao longo da vida, de forma a garantir melhores condições no envelhecer, deve também reforçar-se a proteção dos riscos sociais, ambientais e de saúde, propiciando um envelhecer com dignidade e segurança. A incrementação da aprendizagem ao longo da vida também é de extrema importância neste contexto, com um especial enfoque nas competências digitais e nas políticas ativas de inclusão, a fim de fornecer oportunidades nas diferentes etapas da vida dos indivíduos, protegendo o risco de exclusão social. Um aspeto deveras importante é também a contradição das formas de *edadismo* e preconceito que acentuam as diferenças em função da idade. Por fim é importante promover uma verdadeira política de igualdade de oportunidades.

Martin, Gonçalves, Silva Paul e Pinto Cabral (2007) referem-nos como medidas de promoção do Envelhecimento Ativo: programas de saúde e bem-estar físico, programas de ingressos económicos e programas educacionais, formais e informais.

No livro de Ribeiro e Paúl (2011) é também possível encontrar um conjunto de recomendações para se ter um Envelhecimento Ativo. Recomendações que passam basicamente por: exercitar o corpo; comer equilibradamente e fazer escolhas saudáveis; revitalizar a mente; explorar a sexualidade; relacionar-se com os outros; sentir-se seguro e por fim otimizar o seu bem-estar.

Sequeira (2010) refere-nos que da mesma forma que se efetuaram tantos esforços no sentido de se desenvolver novas iniciativas para prolongar a vida humana, seria lamentável se não se conseguisse criar as condições propícias para que o idoso possa usufruir de qualidade de vida e bem-estar.

O Envelhecimento Ativo é um processo que permite às pessoas realizarem o seu potencial de bem-estar físico, psíquico e mental ao longo de todo o ciclo vital e participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto lhes proporciona proteção, segurança e cuidados adequados quando necessitam de assistência (Pinazo, Lorente, Límon, Fernández & Bermejo, 2010).

Assim “existe um amplo consenso na aceitação do facto que o conceito de Envelhecimento Ativo se refere ao processo de otimização do potencial de bem-estar social, físico e mental das pessoas ao longo da vida, para que este período de idade madura, cada vez mais longo, seja vivido de forma ativa e autónoma” (Tamer & Petriz, 2007, p. 183).

O conceito de Envelhecimento Ativo aplica-se portanto, a indivíduos e a grupos populacionais, permitindo que as pessoas mais velhas entendam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, incluindo a sua participação ativa nas questões económicas, culturais, espirituais, cívicas, bem como na defenição de políticas sociais (Jacob, 2013). Permitindo desta forma a sua inserção na sociedade, combatendo a discriminação e a exclusão a eles associada.

Assim torna-se de extrema importância a promoção do Envelhecimento Ativo, para que se possam criar melhores oportunidades aos mais velhos e combater deste modo a exclusão social a eles associada, objetivando a participação ativa na sociedade, transmitindo a ideia de que ainda são úteis e importantes para nós. E nós enquanto sociedade devemos fazer com que os idosos possam contribuir e participar no mercado de trabalho, fazendo-os sentir ativos, sem discriminação, atendendo claro às suas necessidades e capacidades, promovendo sempre uma proteção, segurança e cuidados de assistência.

Em síntese podemos referir que o envelhecer bem ou ativamente baseia-se numa preparação a cada dia que passa, pensando sempre de uma forma positiva, agindo de modo empático com os outros, mantendo e alargando as redes de contactos e de amigos, mantendo sempre interesses múltiplos e um corpo são e ativo (Nunes, 2008). Este autor também nos revela que o envelhecimento demográfico ensina-nos que devemos preparar o nosso envelhecimento, minimizando o declínio físico a ele associado, aceitando os novos papéis pessoais e sociais e prevenindo a doença, tanto quanto nos for possível.

O próximo capítulo aborda o fenómeno da institucionalização do idoso e as consequências que o mesmo pode trazer para quem o vivencia. É verdade que com o Envelhecimento Ativo cada vez mais se tenta arranjar formas de evitar o fenómeno da institucionalização, mas a realidade é que ele continua a ser bastante frequente na nossa sociedade, sendo uma alternativa para muitas famílias que não podem cuidar dos seus idosos ou prestar-lhes o cuidado mais adequado. Deste modo, na maioria dos casos a institucionalização é mesmo a única saída.

CAPÍTULO II- O Fenómeno da Institucionalização do Idoso

2.1 A Institucionalização do Idoso

Os lares de idosos apresentam aspetos singulares e determinam, mediante normas institucionais vigentes e práticas decorrentes de costumes historicamente institucionalizados, condutas e comportamentos próprios. Na maioria dessas instituições, as atividades são realizadas num mesmo ambiente e sob uma única autoridade; a rotina é praticamente igual para todos. São ignoradas diferenças individuais bem como a história da vida de cada um. Nesse contexto, via de regra, o idoso vai perdendo a sua identidade e a sua autonomia, transformando-se num sujeito passivo, convivendo num ambiente estranho (Melo, Kubrusly & Peixoto Júnior, 2001; citados por Oliveira & Rozendo, 2014, p. 774).

Sequeira (2010) refere-nos que o envelhecimento da sociedade é uma realidade da qual não podemos fugir, derivada de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos, em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade do idoso. A família que era o habitual suporte de cuidados foi atingida por algumas alterações significativas, principalmente nas últimas décadas, com a mulher, a principal cuidadora do idoso, a assumir outras funções e por sua vez a colocar obstáculos em cuidar no domicílio.

Assim a transformação social dos últimos anos, incluindo os novos arranjos familiares, o grande número de separações, o avanço tecnológico e científico de domínio dos mais jovens e a inserção da mulher no trabalho fora do lar, constituem-se um conjunto de fatores que contribuem para a falta de apoio aos idosos. Deste modo, principalmente quando se trata de um envelhecimento com dependência, o idoso exige cuidados e responsabilidade que requerem muita disponibilidade de tempo dos seus familiares, normalmente dos seus principais cuidadores. Cuidar do idoso em casa não é uma tarefa fácil.

Neste contexto, a institucionalização aparece como uma opção viável (Marin, *et al.*, 2012).

A institucionalização do idoso revela uma ação da sociedade em colocar de parte os indivíduos quando eles já não são saudáveis, produtivos, utilizando um discurso controverso à sua integração no meio social (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004).

Squire (2004) revela-nos que a altura da escolha sobre a ida para um Lar, é na maioria das vezes desgastante para a pessoa idosa, podendo a mesma sentir-se abandonada e rejeitada. Allen *et al.* (1992) citados por Squire (2004), referem que apenas metade das pessoas que se encontram a receber cuidados residenciais teve uma conversa com alguém acerca da mudança para o Lar, antes da tomada de decisão. O estudo destes autores concluiu que havia muito pouco diálogo com os profissionais. Os autores perceberam também que o principal motivo que leva o idoso a optar pela institucionalização é o facto de estar demasiado doente ou mesmo incapaz de cuidar de si próprio. Assim as pessoas idosas não encaram as instituições residenciais como um local de promoção de saúde, mas sim como um local para onde se vai, quando já não conseguem tomar conta de si.

No momento em quem o idoso é institucionalizado deixa para trás o desempenho de papéis, por não ter expectativas de voltar a assumi-los e por entender que o seu “eu” já não o personaliza mais, tornando-se mais um, entre os diferentes membros do coletivo. Deixa de ter o reconhecimento a que estava habituado para passar a ser considerado o “avô x”. Perde assim a sua identidade (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004).

Um estudo efetuado com 13 idosos institucionalizados, concluiu que estes têm as suas necessidades de cuidados atendidas, no que se refere às suas necessidades básicas, ao acesso a serviços e recursos de saúde e a terem um lugar onde possam envelhecer e morrer. Assim a instituição aparece como um lugar ambíguo para os idosos, pois por um lado é um local de acolhimento, abrigo e resposta às necessidades, mas por outro trata-se de um ambiente que inviabiliza a vida independente e autónoma da pessoa (Oliveira & Rozendo, 2014).

Jacob (2002) encara a institucionalização como um serviço que acolhe todo o dia o idoso, afastando-o do seu contexto familiar, estando assim entregue aos cuidados de uma instituição que não à sua família.

De acordo com outro estudo realizado com 93 idosos, concluiu-se que a institucionalização aparece como a última alternativa para as pessoas idosas. Os resultados do estudo evidenciaram que a iniciativa da institucionalização partiu de 46,2% das pessoas idosas face a 30,1% por iniciativa dos filhos. Em relação às causas da institucionalização, o estudo concluiu que 77, 7% das pessoas idosas referiu que a decisão assentou em dois motivos: solidão e motivos de saúde. Neste e em outros estudos realizados, estas são consideradas as principais causas da institucionalização do idoso (Almeida & Rodrigues, 2008).

Santos e Lemos (2005) citados por Carvalho e Dias (2011), referem-nos que quanto maior for o tempo de institucionalização, maior será a debilidade do idoso, pois a institucionalização promove o isolamento social e a inatividade física. Assim para que a integração do idoso possa ser considerada positiva torna-se indispensável considerar as relações pessoais internas, as relações que se estabelecem entre os idosos e os restantes utentes, bem como com o pessoal que tem a seu cargo os idosos. Torna-se igualmente relevante, para que a integração do idoso na instituição seja bem sucedida, fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos. Deste modo é importante que o idoso sinta que se preocupam com ele, desenvolvendo relações que possam evitar a solidão e o isolamento social.

Silva *et al.* (2005) citados por Carmo, Rangel, Ribeiro e Araújo (2012), referem-nos que quando existe a presença de vínculos afetivos entre as pessoas idosas, estas acabam por se sentir mais fortes no sentido de enfrentar a tristeza que deveras sentem. Assim os sentimentos de dor, ansiedade e preocupação são partilhados com os que também se encontram institucionalizados.

Nesta ótica podemos referir um estudo realizado com 105 idosos internados numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Algarve, que concluiu que o suporte social e familiar, é extremamente importante e essencial no idoso institucionalizado.

Assim ajudar a pessoa idosa a integrar-se no meio social e familiar deve ser preservado e incentivado, sendo o suporte familiar/social indispensável à qualidade de vida do idoso institucionalizado (Ribeiro, Costa, Nave & Sousa, 2014).

Outro estudo desenvolvido por Barros (2011), que envolveu 112 idosos institucionalizados e que objetivou investigar a adaptação à institucionalização no idoso, concluiu que existem relações significativas entre as variáveis em estudo (variáveis individuais, sócio-demográficas, clínicas, adaptação à institucionalização, satisfação com a vida, satisfação com o suporte social, ansiedade, depressão, stresse e variáveis de bem-estar psicológico e de capacidade funcional) e sugerem em particular que a satisfação com a vida, a satisfação com o suporte social, a depressão, a ansiedade e o *stress*, estão significativamente associadas, quer ao bem-estar, quer à capacidade funcional do idoso. De igual modo, uma percepção baixa de solidão e insatisfação estão associadas a uma maior capacidade funcional. Os resultados obtidos são discutidos à luz de um conjunto de estudos efetuados sobre a adaptação ao envelhecimento e à institucionalização nos idosos.

Em forma de conclusão podemos referir que a institucionalização do idoso é uma opção que está por detrás de várias situações, por um lado a falta de cuidados no domicílio para responder às carências do idoso, por outro o fato de o idoso viver com outros idosos ou pessoas mais jovens que não têm capacidade e/ou disponibilidade para responder às suas necessidades ou mesmo as situações de idosos que vivem sozinhos e incapacitados para cuidarem de si. São todo um conjunto de situações que colocam a institucionalização como a única e mais viável opção. Como foi já vagamente mencionado a institucionalização pode constituir-se também como uma dura realidade a ser enfrentada pelo idoso, podendo mesmo originar várias consequências para o mesmo. Deste modo passamos de seguida a abordar, de forma mais específica, as consequências que poderão estar na base de uma institucionalização do idoso.

2.2 Consequências da Institucionalização do Idoso

Alves (2003) refere-nos que o grau de satisfação ou insatisfação que alguns idosos revelam dentro do Lar, tem muito a ver com os motivos que os conduziram à sua institucionalização. Assim os idosos que foram para um Lar por opção própria ou por ausência de familiares, o grau de satisfação é maior. Em relação aqueles que sentem que foram obrigados por familiares a irem para o Lar, acabam por aceitar mal, revelando um maior grau de insatisfação.

De acordo com Almeida (2008) se efetuar-mos uma breve revisão aos diversos autores que abordam a temática das consequências da institucionalização dos idosos, acabamos por concluir que de uma maneira geral não são positivas.

No momento da institucionalização o idoso apresenta muita dificuldade em lidar com a perda, tal como a de *status* e a de papéis sociais, sendo obrigado a enfrentar vários problemas de saúde e de ordem económica, o isolamento, a rejeição, a marginalização social, entre outras situações (Tavares, 2007; citado por Carmo, *et al.*, 2012).

O idoso institucionalizado é geralmente uma pessoa desmotivada para a vida, sem expectativas e com esperanças de regressar ao seu ambiente familiar. Além disso, ainda se encontra numa condição de ter de conviver com pessoas muito diferentes, às vezes até não idosas, com doenças incapacitantes, mentais, psiquiátricas etc., o que torna o ambiente desconfortável (Lima Maxc, s/d; citado por Marin *et al.*, 2012). Para o idoso institucionalizado, as perdas são muitas e isto justifica a grande incidência de estados depressivos, sentimentos de solidão e limitação das possibilidades de uma vida ativa (Danilow *et al.*, 2007; citado por Marin *et al.*, 2012). Como também nos referem Carmo, *et al.* (2012), a institucionalização feita e vivenciada pelos idosos, causa uma ansiedade por poderem ser esquecidos, rejeitados, desamparados pela família e pela sociedade, chegando em alguns casos a originarem-se depressões muito profundas.

O contacto com o exterior é estabelecido por interferência de quem atua no funcionamento da estrutura institucional, controlando a manutenção dos papéis sociais, restringindo os contactos externos e reafirmando a manutenção dos estereótipos existentes. A instituição acaba por ser encarada como um local onde o idoso se encontra fora do tempo e do espaço, vista como degeneração, alienada do Mundo (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004).

Born e Boechat (2006) citados por Almeida (2008), referem-nos que por mais qualidade que um Lar de idosos possua, vai haver sempre um corte com o que se passava anteriormente, passando a existir um certo afastamento do convívio social e familiar.

Na instituição o idoso terá de viver dentro de limites e fronteiras, espaços contraditórios, com a presença de temporalidades e histórias entrecruzadas, onde vigoram normas não seleccionadas pelos residentes. Um espaço que se encontra estruturado por funções coletivas e relações hierarquizadas de poder, numa separação do espaço institucional, da vida sociocomunitária e da vida familiar (Faleiros & Morano, 2009; citados por Duarte, 2014).

De acordo com uma pesquisa bibliográfica realizada por este último autor, concluiu-se que os idosos institucionalizados revelam necessidades de um vínculo com a instituição, no entanto este ambiente institucional, organizado por relações de poder poderá favorecer a perda de autonomia e identidade e o isolamento. Assim revela-se extremamente importante a existência de um esforço político orientado no sentido de colocar na agenda da sociedade as necessidades do idoso.

Um estudo desenvolvido por Alves (2003) com 27 idosos do lar do Carvalho do Carvalhido, concluiu que no que concerne aos condicionalismos familiares, os idosos revelaram que os sacrifícios e investimentos que fizeram nos filhos não são reconhecidos por eles. Assim os idosos entendem a necessidade de recorrer a um Lar como uma forma de abandono dos filhos, atribuindo muitas vezes a culpa às noras e genros pelo desinteresse revelado no que concerne ao seu bem-estar.

Segundo o estudo também se concluiu que a institucionalização reflete um conjunto de perdas que são agravadas pelas normas vigentes na instituição, originando uma perda de autonomia. Deste modo, a institucionalização desencadeia alguma desinserção social e familiar, associada à falta de privacidade a que alguns idosos não estavam habituados.

Neste contexto também Born (2002, p. 403) refere que “muitos idosos encaram o processo de institucionalização como perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, além da ansiedade quanto à condução do tratamento pelos funcionários”.

A institucionalização do idoso em Lares ou Centros de Dia acaba por trazer sentimentos infantis para o mesmo, sentindo-se o idoso a ser tratado e encarado como uma criança que está a ser comandada e manipulada pelos outros. O lar para onde vai acaba por ser comparado com um *atelier* de tempos livres da infância (Nunes, 2008).

Num estudo realizado com 120 idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Cinfães (Viseu) e que objetivou determinar em que medida as respostas dadas pela instituição e as relações com a família estão associadas à adaptação e expectativas da qualidade de vida do idoso institucionalizado. Os autores concluem que apesar dos elevados níveis de satisfação relativamente aos cuidados prestados pela instituição e às instalações, os idosos que foram inquiridos revelaram níveis de insatisfação e tristeza no que toca ao contexto familiar, à falta de autonomia, à existência de doenças e outras limitações físicas. Os autores verificaram, que o meio de onde os idosos provêm também tem influência no processo de adaptação à instituição, já que existe uma forte ligação ao local onde nasceram e constituíram família. Os autores também constataram que existe uma ligação forte entre o ambiente familiar e o processo de adaptação à instituição, sendo o primeiro significativo na integração bem-sucedida do idoso (Carvalho & Dias, 2011).

Assim como nos referem Cordeiro, Paulino, Bessa, Borges e Leite (2015) a institucionalização é um resultado adverso da fragilidade, proveniente de fatores como o abandono familiar, exclusão e isolamento social.

Deste modo, estes tornam-se os motivos que favorecem o surgimento de pensamentos, sentimentos e atitudes negativas ou para a rejeição, comprometendo deste modo o estado emocional, mental e a qualidade de vida do idoso.

Avorn e Langer (1982) citados por Almeida (2008), referem-nos que as funções físicas e mentais podem sofrer uma deterioração como consequência da institucionalização do idoso, aumentando, deste modo, a sua dependência. Os compromissos a nível da linguagem, as perturbações circulatórias e os níveis de adaptação funcionais, sofrem também um aumento (Heller, Factor & Hahn, 1995; citados por Almeida, 2008).

A institucionalização provoca, assim, um impacto fortemente negativo no grau de satisfação com a vida do idoso (Vallerand, O'Conner, & Blais, 1989; citados por Almeida, 2008).

Carvalho e Dias (2011) referem-nos que a qualidade de vida dos idosos dentro da instituição depende muito do convívio com pessoas próximas, amigos ou familiares, de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivem devido ao afastamento destas pessoas. As ligações afetivas assumem aqui um papel muito importante para o idoso institucionalizado.

Num estudo realizado por Alves (2003) a 27 idosos institucionalizados no lar Carvalho do Carvalhido, que teve por objetivo avaliar a importância da comunicação no cuidar do idoso, concluiu-se que quando os idosos foram interrogados acerca do momento que pensam ser o mais propício à comunicação, quase todos foram unânimes em reafirmar o seu desejo em comunicar, a qualquer altura do dia ou da noite. Concluiu-se também do estudo, a importância que os idosos dão à comunicação, essencialmente durante os cuidados institucionais. É um sinal de que se estão a preocupar com eles e a demonstrar algum interesse pelo seu bem-estar.

O mesmo autor também nos refere que o modo de tratamento do idoso é importante, pois são pessoas que necessitam de serem ajudadas a encarar não só as limitações próprias do envelhecimento como as decorrentes de uma institucionalização por vezes não desejada, ou mesmo imposta.

Alves (2013) depois de ter realizado o seu estudo também nos mencionou que o estabelecimento de uma boa comunicação é importante para que o idoso atinja uma situação de bem-estar físico e psicológico, pois os idosos gostam de conversar e sentem que um contacto mais direto com a pessoa que os cuida é muito importante, assim como para os profissionais, pois sentem que estão realmente a ajudar os idosos.

Em modo de conclusão e face a esta evidente e dura realidade do idoso institucionalizado, seria importante encontrar ferramentas/formas que pudessem colmatar este mau-estar que o idoso encara com o fenómeno da institucionalização.

Deste modo, seria muito gratificante se quem lida com os idosos dentro das instituições conseguisse adotar habilidades no cuidado ao idoso. Habilidades que não envolvem unicamente responder às necessidades básicas do idoso, mas sim habilidades do foro emocional e psicológico. Pois estando o idoso fragilizado, torna-se aqui de extrema importância que o mesmo possa sentir algum conforto emocional dentro da instituição, sentir um ombro amigo, uma palavra amiga no momento certo, um suporte emocional, dado que muitas vezes um sorriso e uma palavra amiga podem conseguir verdadeiros “milagres”. Para que desta forma possamos contribuir, enquanto sociedade, para a promoção do bem-estar subjetivo dos nossos idosos institucionalizados. Bem-estar este, que é tema fulcral na presente investigação e que passamos de seguida a desenvolver com maior profundidade.

CAPÍTULO III- O Bem-Estar Subjetivo (BES)

3.1 Bem-Estar Subjetivo

O conceito de BES surgiu no final dos anos de 1950, em que se procuravam indicadores de qualidade de vida para monitorizar mudanças sociais e implementação de políticas sociais (Land, 1975).

Para Novo (2003) citado por Fonseca (2006) o BES surge num contexto empírico de uma procura de identificação das características sociodemográficas que se encontram associadas à qualidade e à satisfação de vida. Associado à felicidade o BES reflete a avaliação que as pessoas fazem das suas próprias vidas com base em valores, necessidades e sentimentos pessoais, independentemente da qualidade do funcionamento psicológico. Assim para Novo (2003) citado por Fonseca (2006) o BES trata-se de um domínio que se refere ao bem-estar global, medido através da satisfação com a vida e da felicidade. Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), Villar, Triadó, Resano e Osuna (2003) e Pavot e Diener (2003) citados por Fonseca (2006), defendem que o BES deve ser concetualizado como um domínio multifacetado de interesse, mais do que um conceito unitário. Assim o BES abrange uma larga categoria de fenómenos que incluem respostas emocionais e avaliações globais relativas à satisfação de vida.

Ressaltando os marcos da literatura que abordaram o tema do BES na década de 1960 podemos evidenciar os livros de Andrews e Withey (1976) e Campbell, Convergence e Rodgers (1976). Estes livros relatavam que embora as pessoas vivam em ambientes objetivamente definidos, é ao mundo subjetivamente estipulado que elas respondem. Assim o BES torna-se um indicador de qualidade de vida. Podemos referir também três trabalhos bastante influentes sobre o tema, dos autores Bradburn (1969), Cantril (1967) e Gurin, Veroff e Feld (1960). Estes trabalhos enfatizaram a satisfação com a vida e felicidade como elementos constituintes do conceito de qualidade de vida.

Os dois componentes que incorporam a visão contemporânea de BES, satisfação com a vida e afetos positivos e negativos, tiveram a sua origem nos trabalhos seminais de Campbell *et al.* (1976) e de Bradburn (1969).

Ryan e Deci (2001) citados por Nunes (2009) referem-nos a existência de duas perspectivas que estiveram na base do surgimento do BES bem como do bem-estar psicológico. Estas perspectivas são o hedonismo e o eudemonismo. No hedonismo Lent (2004) citado por Nunes (2009) refere que o Bem-Estar consiste no prazer ou felicidade, ou seja, experimentar sentimentos agradáveis, ou um equilíbrio entre sentimentos agradáveis e desagradáveis. No eudemonismo o bem estar envolve uma realização pessoal, quer isto dizer, uma atualização da nossa verdadeira natureza. Podemos então dizer que "o bem-estar eudemonista consiste mais no que a pessoa faz ou pensa e não tanto no que ela sente"(Nunes, 2009, p.22).

Diener é um dos principais estudiosos do bem-estar hedonista, ou bem-estar subjetivo (Simões, 2006; citado por Nunes, 2009). O bem-estar eudemonista, ou bem-estar psicológico, apresenta como um dos principais estudiosos o autor *Ryff*. Diener *et al.* (1999) e Diener (2000) citados por Nunes (2009) referem-nos que o bem-estar subjetivo associado ao hedonismo, considera o bem-estar como sendo uma felicidade subjetiva envolvendo uma procura de experiências de prazer ou de equilíbrio entre o afeto positivo e o afeto negativo.

A primeira revisão acerca do BES foi realizada por Wilson em 1967 num estudo intitulado *Correlatos de Felicidade Declarada*. Nessa altura os dados acerca do assunto eram muito limitados, no entanto Wilson (1967, p.294) concluiu que as pessoas felizes são "(...) jovens, com boa educação, bons salários, extrovertidas, otimista, despreocupadas, com religiosidade, casadas, elevada auto-estima, moral no trabalho, aspirações modestas, de ambos os gêneros e que detinham diversificados níveis de inteligência".

Atualmente o esforço dos pesquisadores está voltado para a procura de compreensão do processo que sustenta a felicidade (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Nos tempos que correm o BES é concebido por Diener e Lucas (2000), como constituindo um tipo de conceito que envolve uma auto-avaliação, quer isto dizer, que só pode ser observado e relatado pelo próprio sujeito e não através de indicadores externos selecionados por outros. Deste modo o BES não pode ser avaliado por base de indicadores externos ao indivíduo, ainda que estes tenham por base fatores estatisticamente construídos, a exemplo temos o controlo de doenças, a queda da mortalidade infantil, a redução dos índices de criminalidade e violência, a queda de taxas de desemprego ou de analfetismo, assim como outros indicadores utilizados para descrever avanços em políticas sociais e que protegem a qualidade de vida de extratos sociais, comunidades ou de nações.

A avaliação que o indivíduo faz sobre o seu BES incluiu entre outras componentes, aspetos positivos que não envolvem necessariamente, elementos de prosperidade económica (Diener *et al.*, 1999). Vários são os autores (Diener *et al.*, 1997; Diener *et al.*, 1999; Diener & Lucas, 2000) que referem que o BES constitui um fenómeno amplo devendo ser considerado como uma área de interesse científico que envolve dois conceitos específicos: avaliações globais de satisfação com a vida, ou com domínios específicos dela e experiências positivas e negativas (Diener *et al.*, 1999).

A satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico embora estejam na mesma base e sendo muitas vezes confundidos, apresentam construtos e significados distintos. Assim existe como que um problema na distinção entre satisfação de vida e construtos como bem-estar psicológico, bem-estar subjetivo, ânimo, etc. (Fonseca, 2006).

Waterman (1993) citado por Nunes (2009) considera que as diferenças entre bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, incidem no facto de o BES estar mais associado à noção de felicidade, ao relaxamento, a sentimentos positivos, bem como a uma ausência relativa de problemas, pelo contrário o bem-estar psicológico encontra-se mais associado ao ser em mudança, ao exercício do esforço, bem como à procura do crescimento e desenvolvimento pessoal.

Uma das áreas estudadas pela Psicologia Positiva é a do BES. Diener (2000) citado por Cruz (2003), refere-nos que o BES diz respeito à avaliação que as pessoas efetuam das suas próprias vidas, envolvendo o aspeto afetivo e o aspeto cognitivo, sendo que na maioria das vezes o BES é usado como um sinónimo de felicidade, satisfação e afeto positivo. Assim o autor revela-nos que o BES surge quando sentimos prazer e poucas emoções não-prazerosas, ou seja, quando se está satisfeito com a própria vida.

Os autores Woyciekoski, Stenert e Hutz (2012) referem-nos também que o bem estar subjetivo refere-se à experiência individual subjetiva da avaliação da vida como positiva, e inclui variáveis como a satisfação com a vida e a vivência de afeto positivo. Os traços de personalidade, o suporte social, os fatores económicos e culturais e os eventos de vida constituem as principais determinantes do bem-estar subjetivo.

Os mesmo autores referem que de acordo com pesquisas realizadas concluiu-se que existe uma possibilidade da existência de uma interação entre personalidade, eventos de vida e meio ambiente que por sua vez influenciam o bem-estar subjetivo. A abordagem interacionista aparece como a melhor forma de compreensão dos principais fatores que podem originar um maior ou um menor grau de bem-estar subjetivo.

Outra perspetiva refere que o bem-estar subjetivo (BES) é definido como uma avaliação pessoal da qualidade de vida, ou seja, em termos de felicidade, satisfação com a vida, abrangendo assim aspetos positivos e aspetos negativos e refletindo também tanto indicadores objetivos como indicadores subjetivos (Diener 1984; Diener; 2000; citados por Peterson, Chatters, Taylor & Nguyen, 2013).

O bem-estar subjetivo baseia-se no modo pelo qual as pessoas percebem os diversos domínios da sua vida. Diener *et al.* (1999) referem que a inclusão dos indicadores subjetivos é essencial para a avaliação da qualidade de vida. Pois os indicadores socioeconómicos descrevem somente as condições de vida de uma pessoa através de variáveis demográficas e económicas e não avaliam o nível de satisfação no que concerne a essas condições.

Seja qual for a perspectiva acerca do conceito de BES, a verdade é que como nos referem Diener *et al.* (1999) este tipo de bem estar revela-se por meio da satisfação com a vida e de respostas emocionais. Assim para Diener (1994) o bem-estar subjetivo refere-se às razões pelas quais as experiências pessoais se desencadeiam de forma positiva, motivo pelo qual se assenta tanto no julgamento cognitivo como nas reações afetivas derivadas dessas experiências.

Albuquerque e Tróccoli (2004), revelam-nos que o bem-estar subjetivo apresenta como objetivo compreender a avaliação que as pessoas efetuam das suas próprias vidas, no que concerne a aspetos como, a felicidade, a satisfação, o estado de espírito, o afeto positivo, sendo mesmo que alguns autores consideram como que uma avaliação subjetiva da qualidade de vida que o indivíduo tem. Os principais tópicos de pesquisa que constituem o BES são a satisfação e a felicidade (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

Para os mesmos autores estas avaliações devem ser cognitivas, envolvendo satisfações globais com a vida e também com outros domínios específicos da vida, como exemplo, o casamento e o trabalho. O BES deve também incluir uma avaliação e uma análise pessoal acerca da frequência com que se experienciam emoções positivas e negativas. Assim para se obter um nível de BES adequado, a pessoa tem de reconhecer que mantém em nível elevado a sua satisfação com a vida, uma alta frequência de experiências emocionais positivas e baixas frequências de experiências emocionais negativas. De acordo com Diener, Suh & Oishi (1997), com o BES não se procura estudar estados psicológicos negativos ou patológicos, como sendo a depressão, a ansiedade ou o *stress*, mas sim diferenciar os níveis de bem-estar que as pessoas experienciam nas suas vidas.

Christopher (1999) citado por Fonseca (2006) refere que o BES expressa um individualismo propício de uma sociedade e de uma cultura ocidental, pois coloca a defenição do bem-estar individual, ou seja, daquilo que considerado uma vida boa e uma pessoa boa, no próprio indivíduo, que sozinho determina os critérios pelos quais avalia a sua própria vida.

Christopher (1999) citado por Fonseca (2006) também refere que o BES constitui uma modalidade de compreensão do bem-estar que é verdadeiramente subjetiva, pondo de parte padrões de cariz normativo e enfatizando aquilo que se traduz numa ideia pessoal de realização, ou seja, uma “definição de si próprio” elaborada por meio de objetivos, necessidades, desejos, interesses, potencialidades, direitos e outros atributos internos, sempre com o “EU” como o centro de referência.

O BES refere-se à forma como as pessoas se sentem e como avaliam as suas próprias vidas. O BES envolve assim duas componentes: Afetos e satisfação de vida, ou seja, BES Afetivo (presença de afeto positivo e ausência de afeto negativo) e BES Cognitivo (avaliação sobre a própria vida) (Diener, 1984; Eid & Larsen, 2008).

Assim seja qual for a concetualização de Bem-Estar subjetivo, a verdade é que vários são os estudos que nos referem que o conceito de Bem-Estar Subjetivo é composto por uma componente cognitiva e uma componente emocional (Ranzjin & Luszcz, 2000; Albuquerque & Tróccoli, 2004; Galinha & Ribeiro, 2005; citados por Costa, 2013).

O BES afetivo e o BES cognitivo são dois distintos construtos, divergindo no que concerne à estabilidade e variabilidade ao longo do tempo (Eid & Diener, 2004), assim como na associação com outras variáveis (Luhmann, Hofmann, Eid & Lucas, 2011).

Deste modo Diener *et al.* (1999) defeniram o BES como se tratanto de um fenómeno que envolve a satisfação com a vida no geral, o afeto positivo e o afeto negativo, em que a satisfação com a vida global refere-se a uma avaliação cognitiva positiva da vida como um todo. Por sua vez o afeto positivo revela a quantidade de emoções positivas experienciadas pelo indivíduo e o afeto negativo reflete a quantidade de emoções negativas. Acima de tudo o bem-estar subjetivo refere-se à forma como as pessoas avaliam as suas vidas e como se sentem em relação a elas. Estão portanto presentes duas componentes no BES, os afetos (componente afetiva) e a satisfação com a vida (componente cognitiva).

Em modo de conclusão podemos referir que o conceito de BES abrange duas perspetivas em psicologia: uma das perspetivas assenta nas teorias sobre estados emocionais, emoções, afetos e sentimentos (afetos positivos e afetos negativos) e outra perspetiva que se apoia em domínios da cognição e se operacionaliza por avaliações de satisfação (com a vida no geral e com aspetos específicos da vida, como o casamento e o trabalho). De seguida passamos a abordar os fatores que podem influenciar o BES, podendo os mesmos ser de origem intrínseca e extrínseca ao indivíduo.

3.2 Bem-Estar Subjetivo: Fatores de Influência

No BES interferem tanto características pessoais como variáveis externas às quais o indivíduo se encontra sujeito. Lu e Shih (1997) citados por Cruz (2003) propõem-nos três tipos de influência no BES: os traços de personalidade (a felicidade é percebida mais como um traço estável do que como um estado emocional), experiências da própria vida e formas de adaptação. Estes autores concluem que o traço extroversão, em oposição ao neuroticismo, tem uma enorme influência no BES.

A Extroversão é entendida como sendo uma capacidade do indivíduo em seguir regras e normas sociais mais elevadas, ser assertivo, cooperativo, usar um estilo positivo não-verbal tão bem como o verbal, possuir expectativas positivas no que concerne a acontecimentos sociais, participando deles de forma positiva (Lu, Shih, Lin & Ju, 1997; citados por Cruz, 2003).

Por sua vez o neuroticismo é entendido como uma relação com afeto desprazeroso, incluindo características de personalidade que envolvem afetos essencialmente negativos, como a ansiedade, a tristeza, a irritabilidade e a tensão nervosa (Oliveira, Queiroz & Costa, 2012).

Dentro desta ótica alguns estudos incluindo o de Lucas e Diener (2009), revelaram que a Extroversão está mais fortemente ligada com as emoções positivas, enquanto que o Neuroticismo está mais relacionado com sentimentos negativos.

A Extroversão é um conjunto de traços que se associam à atividade e energia, dominação, sociabilidade, expressividade e emoções positivas, relacionando-se com afeto prazeroso de uma forma moderada. Destaca-se aqui a grande importância dos relacionamentos sociais no BES. Os autores Lu e Shih (1997) e Lu *et al.* (1997) citados por Cruz (2003) revelam-nos que existe uma relação entre extroversão, felicidade, bem-estar subjetivo e saúde mental para além de nos referirem que o apoio social e os eventos positivos ocorridos durante a vida são também importantes para o BES. Em contrapartida os resultados revelam-nos uma correlação negativa entre neuroticismo e BES.

Luhmann, Hofmann, Eid e Lucas (2011) e Oishi, Kesebir e Diener (2011) referem a existência de dois conjuntos de fatores que poderão influenciar o bem-estar subjetivo, são eles: 1) Intrínsecos ao indivíduo, ou seja, aspetos psicológicos, valores, crenças, religiosidade, estratégias de coping e condições de saúde física e, 2) Extrínsecos ao indivíduo, ou seja, aspetos sócio-demográficos, culturais e eventos de vida. No entanto existe ainda alguma incerteza em relação aos fatores que mais influenciam o bem-estar subjetivo.

3.2.1 Fatores Intrínsecos

No que concerne aos fatores intrínsecos associados ao BES podemos referir que na literatura existem evidências de que a influência da personalidade no Bem-Estar é substancial, constituindo este um dos mais fortes e consistentes preditores do Bem-Estar (Garcia & Erlandsson, 2011; Lucas & Diener, 2009). Num estudo realizado por Hayes e Joseph (2003), concluiu-se que a personalidade explicou cerca de 32% a 56% da alternância das pontuações em BES, dependendo da definição operacional de BES e do tipo de escala utilizada. Outro estudo realizado por Steel, Schmidt e Shultz (2008), revelou que até 39% da alternância de BES pode ser explicada por fatores associados à personalidade.

No entanto são muitos os estudos que têm utilizado o modelo dos Cinco Grandes Fatores de personalidade (Costa & McCrae, 1980). De acordo com este modelo tem-se revelado que a Extroversão e o Neuroticismo (em cima descritos) estão associados ao BES (Garcia & Erlandsson, 2011; Steel *et al.*, 2008). Assim a felicidade estaria associada a altos níveis de Extroversão e baixos de Neuroticismo. Em estudos longitudinais realizados por Costa e McCrae (1980), concluiu-se que a Extroversão e o Neuroticismo estavam associados aos afetos positivos e negativos, respetivamente, durante um período de cinco anos.

Numa amostra de estudantes universitários no Brasil, concluiu-se que existiria uma relação significativa entre fatores Neuroticismo, Extroversão e Socialização com BES (Nunes, Hutz & Giacomoni, 2009). Estes resultados levaram a que alguns autores fomentassem a ideia de que a Extroversão e o Neuroticismo oferecem a conexão primária entre personalidade e BES (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Gomez, Krings, Bangerter & Grob, 2009).

Outro estudo realizado por McCrae e Costa (1991) concluiu que a Socialização e a Realização constituem-se traços que poderão conduzir a experiências mais positivas em situações sociais e de conquistas, respectivamente, o que leva ao aumento do BES. Assim pessoas que são sociáveis e com altas percentagens de realização poderão obter mais reforços positivos e assim, experienciar níveis mais altos de BES. Por isso, embora a realização não produza diretamente maiores níveis de BES, pode conduzir o indivíduo a obter recompensas que promovam ou aumentem o seu BES. Segundo Hayes e Joseph (2003) a realização constitui um melhor preditor de satisfação de vida do que a extroversão, sendo que a satisfação com a vida envolve fatores cognitivos e avaliativos de bem-estar, podemos referir que a realização é um bom preditor destes aspetos relacionados com felicidade.

A abertura para a experiência tem sido associada ao afeto positivo e negativo. Um estudo de Gutiérrez, Jiménez, Hernández e Puente (2005), concluiu que a abertura traduz-se num fator significativo de afeto positivo e também se encontra relacionado com o afeto negativo. Também Diener *et al.* (1997) revelaram que esse fator se relacionaria com a intensidade emocional (experiência de emoções agradáveis e emoções desagradáveis) e que no geral não se relaciona com equilíbrio hedônico. Outro estudo conduzido por Diener *et al.* (2003) revelou que fatores como as defesas repressivas, confiança e locus de controle apresentaram associações moderadas com o BES.

O otimismo também foi relacionado com o BES pois encontra-se associado à promoção de estratégias de *coping* ativas e vocacionadas para a resolução de problemas (Perova & Enikolopov, 2009; Quevedo & Abella, 2010). Um estudo desenvolvido por Aspinwall e Taylor (1992) com estudantes universitários revelou que aqueles que obtiveram maiores percentagens na escala de otimismo no início do semestre também foram aqueles que demonstraram maiores níveis de BES e menor *stress* psicológico no final do semestre.

Os aspetos cognitivos também constituem outra componente que pode influenciar o BES (Smedema, Catalano e Ebener, 2010). Assim a forma como pensamos e percebemos o Mundo tem influência no BES (Diener *et al.*, 1997).

Religiosidade e espiritualidade também constituem aspetos que têm sido referidos como estando relacionados positivamente com o BES. Alguns estudos realizados nos Estados Unidos e em outros países revelaram que a felicidade e a satisfação com a vida são maiores naqueles que possuem e praticam alguma religião (Abdel-Khalek, 2010; Greene & Yoon, 2004; Roemer, 2010; Wills, 2009).

3.2.2 Fatores Extrínsecos

Diener *et al.* (1999) publicaram um artigo que revelava que os fatores externos, nomeadamente, a saúde, a renda económica, o nível educacional e a condição conjugal são fatores que contribuem com uma pequena parcela de alternância em testes de BES. No entanto pesquisas seguintes têm revelado que estas variáveis podem interferir no BES. Um estudo realizado por Fischer e Van de Vlier (2011) concluiu que o clima, a riqueza e a sua interação juntos explicam 35% da alternância do BES global, mesmo depois de se ter controlado variáveis consideradas como predictoras do BES, ou seja, condições climáticas desfavoráveis e indisponibilidade de recursos para enfrentá-las que originam a produção de mal estar.

As condições socioeconómicas também podem interferir nos níveis de BES. Lever, Pinol e Uralde (2005) revelaram que a pobreza tem um efeito importante no BES, tendo esta explicado 29,16 % da alternância do BES. Outro estudo realizado por Minkov (2009) relatou que a pobreza é preditora de infelicidade, explicando 31% da sua variação. Assim pesquisas revelam-nos que o dinheiro pode trazer felicidade, pelo contrário a sua falta pode originar infelicidade no indivíduo.

O suporte social também se torna bastante relevante para o BES. Por exemplo a presença de um parceiro estável e de relações de amizade encontra-se associado à qualidade de vida e ao BES. Alguns estudos realizados na Europa e nos EUA sugerem-nos que os casados são mais felizes e satisfeitos com a vida do que viúvos e divorciados, e entre os casados aqueles que possuem maior satisfação conjugal também são aqueles que apresentam maior BES (Suhail & Chaudhry, 2004). Assim estabelecer laços de proximidade com amigos ou parceiros, partilhando intimidade, promove sentimentos positivos, ajudando a ultrapassar situações de *stress* e de dificuldades (Pavot, Diener & Fujita, 1990).

Os eventos de vida também têm influência no BES (Luhmann *et al.*, 2011; Schimmack, Schupp & Wagner, 2008). Assim eventos externos podem causar alguma influência no Bem-Estar. Eventos percebidos e vivenciados como positivos podem desencadear o aumento do BES, e pelo contrário aqueles que forem percebidos e vivenciados como negativos por sua vez conduzirão a uma diminuição do BES.

O significado que as pessoas atribuem à felicidade e à satisfação com a vida, em diferentes culturas, pode variar na ótica de alguns autores e este facto pode tornar-se bastante relevante no sentido de modificar os comportamentos das pessoas. Assim as divergências internacionais em relação ao BES estão na base de diferenças no salário, no individualismo, nos direitos humanos e na igualdade social (Larsen & Eid, 2008).

Em forma de conclusão desta parte dos fatores que poderão influenciar o BES, podemos referir que não existe um único determinante, mas sim um conjunto de aspetos que parecem ser importantes e que se associam à ocorrência de BES.

Assim devemos considerar um conjunto de variáveis e não apenas buscar um único fator no estudo e compreensão das determinantes do BES, valorizando uma interação entre aspetos individuais e ambientais.

Neste contexto podemos referir que a influência dos traços de personalidade pode ser influenciada pelo ambiente que cerca o indivíduo (Diener *et al.*, 1999). Kozma, Stone e Stones (1997)) concluíram que o ambiente, a personalidade e os estilos afetivos contribuíram todos para a estabilidade do BES. Deste modo, várias são as pesquisas que apontam para a possibilidade de uma interação entre personalidade, eventos de vida e ambiente a influenciar o BES. Esta abordagem interacionista, postula uma inter-relação entre personalidade e fatores externos, constituindo esta a visão mais correta para a compreensão dos principais fatores que poderão ocasionar um maior ou menor grau de bem-estar subjetivo (Wills-Herrera, Islam & Hamilton, 2009).

Passamos de seguida a abordar o fenómeno do BES em contexto de idosos, focando-nos nos fatores de influência.

3.3 Bem-Estar Subjetivo e Idoso: Fatores de Influência

(...) a satisfação na velhice tem sido muitas vezes associada a questões de dependência-autonomia, sendo importante distinguir os "efeitos da idade". Algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas (Joia, Ruiz & Donalizio, 2007, p.132).

A OMS define o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Esta definição revela-nos um conceito holístico de saúde, quer isto dizer, que reconhece não apenas o aspeto físico do envelhecimento, mas também os aspetos sociais e emocionais da saúde. Atualmente para além do desejo de viver muitos anos, existe uma grande preocupação com a saúde e o bem-estar da pessoa idosa, sendo estes encarados como indicadores de qualidade de vida do mesmo. Não se trata, por isso, apenas de evitar ou prevenir o aparecimento de doenças, mas também de propiciar sobretudo qualidade de vida no que concerne ao bem-estar físico, funcional, psicológico, psíquico e social (Carvalho & Dias, 2011).

De forma a poder-mos avaliar a qualidade do envelhecimento, temos de ter presente o conceito de Bem-Estar Subjetivo. Galinha e Ribeiro (2005) citados por Costa (2013), referem-nos que o bem-estar subjetivo é uma dimensão positiva de saúde, relacionada com um envelhecimento saudável (Diener, 2000; Guedea *et al.*, 2006; citados por Costa, 2013).

Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) também nos revelam que os indicadores subjetivos são fundamentais para a avaliação da qualidade de vida. Assim avaliar a qualidade de vida do idoso implica necessariamente ter em conta o seu bem-estar subjetivo, ou seja, a forma pela qual o idoso percebe os diferentes e diversos domínios da sua própria vida (Pereira, 1997; citado por Cardoso & Ferreira, 2009).

O termo de bem-estar subjetivo aparece assim como um indicador da qualidade de vida do idoso (Siqueira & Padovam, 2008; citados por Carneiro, 2011).

O bem-estar subjetivo (BES) encontra-se, como foi já também referido por outros autores, associado a um envelhecimento mais saudável, tratando-se de um indicador de saúde mental e também um sinónimo de felicidade, ajuste e integração social. O BES também se encontra associado, mas de forma negativa a sintomas depressivos e a doenças físicas. O BES é assim um indicador importante do nível de adaptação na terceira idade e em específico às situações de institucionalização do idoso (Gracia, 1997; Anguas, 1997; Martínez & García, s/d; citados por Guedea *et al.*, 2006).

De acordo com Tamer e Petriz (2007) nas nossas sociedades, a noção de velhice deveria ser determinada, pela qualidade de vida e pelo bem-estar social. Assim segundo as autoras os problemas de envelhecimento prematuro e de saúde dos idosos deveriam ser abordados em termos de qualidade de vida e de bem estar das pessoas e não em termos de esperança de vida.

São vários os estudos que referem que existem diferentes fatores que interferem no bem-estar subjetivo na velhice. Fatores de natureza física, sócio-demográfica e social, como a saúde física (Lawton, Devoe & Parmelee, 1995; Sarvimaki & Stenbock-Hulk, 2000; citados por Cardoso & Ferreira, 2009), a capacidade funcional (Moraes & Souza, 2005; Paschoal, 2002; citados por Cardoso & Ferreira, 2009), o género (Aclkins, Martin & Poon, 1996; Koo, Kie & Park, 2004; citados por Cardoso & Ferreira, 2009), a idade (Koo *et al.*, 2004; citados por Cardoso & Ferreira, 2009) e as relações familiares (Lawton *et al.*, 1995; Moraes & Souza, 2005; citados por Cardoso & Ferreira, 2009).

Num estudo realizado por Joia, Ruiz e Donalisio (2007), que envolveu 365 idosos do município de Botucatu, em São Paulo, Brasil, no ano de 2003 e que objetivou descrever os fatores associados ao grau de satisfação com a vida nesta população de idosos, concluiu que a saúde e a independência foram os principais determinantes da felicidade.

Outras razões mencionadas pela população estudada foram: o sistema de apoio, serem aceites pela comunidade, afetividade, descrição positiva do casamento e condições familiares que reforçam a perceção do convívio social e familiar (Joia, Ruiz & Donalisio, 2007).

Assim os idosos ao apresentarem boas condições de saúde, têm tendência a avaliar de forma mais positiva o seu bem-estar, devido ao contraste evidente da sua condição, com a dos que se encontram em piores condições (Chatters, 1988; citado por Guedea *et al.*, 2006). Spirduso (2005) também nos menciona que a saúde está fortemente relacionada com o BES.

Foi realizado outro estudo com 123 idosos residentes em João Pessoa, Brasil e que objetivou analisar as relações das estratégias de enfrentamento, apoio social e variáveis sociodemográficas com o bem-estar subjetivo. As análises realizadas revelaram que a satisfação com a vida é maior em mulheres, nas pessoas que recebem pensão, nas pessoas que se encontram satisfeitas com o apoio recebido, nas pessoas que dão apoio aos outros e nas pessoas que encaram os problemas de forma direta e fazem uma reavaliação positiva. Em relação aos afetos positivos, estes aumentam com a satisfação do apoio recebido e com o enfrentamento direto e reavaliativo e a diminuição da fuga aos problemas. Por sua vez os afetos negativos diminuem ao dar apoio e aumentam com a fuga aos problemas (Guedea, Albuquerque, Tróccoli, Noriega, Seabra & Guedea, 2006). Noutro estudo realizado, neste contexto, por Cruz (2003) e que envolveu 92 idosos, concluiu-se que as características pessoais, sociais e familiares são relevantes no BES.

Assim entre os adultos mais velhos, o BES pode estar ligado a vários fatores. Pinquart e Sorensen (2000) citados por Peterson, Chatters, Taylor e Nguyen (2013), numa meta-análise dos correlatos de BES entre idosos descobriram que as pessoas com *status* socioeconómico mais elevado, maior envolvimento com as redes sociais, e maior competência relataram melhor satisfação com a vida, maior auto-estima e maior felicidade.

No que concerne às variáveis psicossociais que poderão influenciar o BES, as estratégias de confronto apresentam uma contribuição bastante significativa neste tipo de bem-estar dos idosos. Estas constituem mecanismos utilizados para minimizar os efeitos do *stress*, resolvendo o problema e objetivando o regresso à normalidade do funcionamento pessoal, o mais brevemente possível (Aldwin, Sutton & Lachman, 1996; citados por Guedea *et al.*, 2006). Estes recursos de confronto podem ter características individuais ou associadas ao apoio social recebido pelo indivíduo (Abril, 1998; citado por Guedea *et al.*, 2006).

O suporte social aparece assim como uma ferramenta no apoio ao bem-estar dos idosos, sendo que o mesmo se refere aos aspetos funcionais das relações sociais adaptativas para os membros. Esta rede é constituída por pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber que lhes permitem manter uma identidade social, dar e receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações, estabelecer novos contactos sociais. A rede de suporte social contribui deste modo para que o idoso acredite que é cuidado, amado, valorizado e que pertence a uma rede de relações comuns e mútuas (Kahn & Antonucci, 1980; citados por Capitanini & Neri, 2008).

O apoio social torna-se, deste modo, de extrema importância para o bem-estar dos idosos. A satisfação com a vida aumenta com a satisfação com o apoio percebido e com o apoio provido, por sua vez, os afetos positivos aumentam com a satisfação com o apoio e os afetos negativos diminuem quando o idoso fornece apoio aos outros. Não são só as qualidades do apoio social recebido que estão relacionadas com o bem-estar subjetivo do idoso, assim dar apoio aos demais também é um importante fator (Jung, 1997; citado por Guedea *et al.*, 2006).

Deste modo o apoio social está inteiramente relacionado com o bem-estar psicológico e com a saúde mental, e por sua vez negativamente relacionado com a depressão e o *stress* e com a sintomatologia física, associando-se a uma redução do risco de mortalidade, constituindo um preditor significativo, dos recursos pessoais, no enfrentamento dos problemas (Jung, 1997; Krause & BorawskiClark, 1995; Jung, 1997; Newson & Schultz, 1996; Felton & Shinn, 1992; Newson & Schultz, s/d; citados por Guedea *et al.*, 2006).

Algumas pesquisas realizadas e que envolveram o suporte social e conceitos relacionados (rede social, satisfação com relacionamentos) em diversos contextos culturais, têm revelado que existe uma relação entre o suporte social e o BES durante a vida, principalmente numa idade mais avançada (Khan & Husain, 2010; Kutek, Turnbull & Fairweather-Schmidt, 2011). Assim pessoas que recebem suporte social desfrutam de mais saúde e BES e de menos depressão e solidão (Chalise, Saito, Takahashi & Kai, 2007).

Portanto a existência de relações sociais de apoio tem tendência a resultar em níveis mais elevados de bem-estar, pelo contrário, baixos níveis de suporte, elevam a suscetibilidade dos indivíduos para o *stress* psicológico e para doenças físicas (Kirana, Rosen & Hatzichristou, 2009). A principal contribuição do suporte social para o BES, está no facto de se influenciar emoções, cognições e comportamentos de forma a promover afeto positivo. Alguns pesquisadores afirmam mesmo que o suporte social não se relaciona apenas com o BES, mas sim torna-se necessário para obtê-lo (Diener & Oishi, 2005; Diener & Seligman, 2002).

De acordo com Capitanini e Neri (2008) são vários os estudos acerca da integração social e do bem-estar durante a velhice, que concluíram que a manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e nomeadamente com os amigos da mesma idade favorecem o bem-estar psicológico e social dos idosos. Concluíram também que os relacionamentos entre idosos são benéficos pois facilitam a troca de significados comuns.

Cruz (2003) também nos refere que as variáveis sociais e culturais têm também sido alvo de estudos, procurando analisar a sua relação com o BES (Hsieh, 2001; Steverink et al., 2001; Pinkquart e Soerensen, 2000; citados por Cruz, 2003); a importância do apoio social (Marshall, 2001; Litnin, 2001; Steverink et al., 2001; Pinkquart & Soerensen, 2000; Maxson, Berg & McClearn, 1996; citados por Cruz, 2003), a importância de planejar políticas de necessidades básicas de moradia, instrução, saúde e de atendimento aos idosos (Fry, 2000; Diener, 2000; citados por Cruz, 2003). Assim o BES também se encontra relacionado com a importância de se manterem ligações com o grupo social e com o atendimento às necessidades básicas de moradia, instrução e saúde para além de uma boa situação financeira.

As crenças de autoeficácia são também consideradas como importantes determinantes do bem-estar subjetivo na velhice. Esta crença refere-se ao julgamento que o indivíduo faz acerca das suas capacidades para organizar e executar cursos de ação necessários para obter determinados tipos de desempenho (Goldstein, 1995; citado por Carneiro, 2011).

Yassuda, Lasca e Neri (2005) citados por Carneiro (2011), realizaram uma revisão em que constataram que os idosos são mais vulneráveis à autoeficácia rebaixada, pois são fortemente afetados pelos estereótipos negativos acerca do envelhecimento. Assim, segundo a ótica de alguns autores, a participação em atividades educacionais, o apoio das relações familiares e as interações sociais satisfatórias podem favorecer o aumento do senso de autoeficácia e, conseqüentemente, o aumento do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida na velhice.

Fry (1992) citado por Fonseca (2006) refere que a compreensão da satisfação de vida na velhice deve assentar numa abordagem sócio-ambiental, integrando dimensões de ordem social e examinando os efeitos dos recursos pessoais e sociais na satisfação de vida dos idosos, perspectiva esta completada por Qualls (1992) citado por Fonseca (2006), o qual refere que tal satisfação exige um ajustamento entre a pessoa e o meio ambiente.

Este autor revela também que a satisfação de vida na velhice encontra-se atingida por determinados sintomas: maior suscetibilidade individual, dependência face a rótulos, adaptação passiva ao papel de dependente, aprendizagem de hábitos inerentes a um papel dependente, imagem de si próprio como desajustado, etc.

Algumas pesquisas indicam-nos que a satisfação com a vida (componente cognitivo) aumenta com a idade enquanto que a intensidade das experiências afetivas (componente afetivo) diminui com a passagem os anos (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Kunzmann, Little & Smith, 2000; citados por Guedea *et al.*, 2006).

Nesta perspectiva Barros (2006) defende que as pessoas tornam-se mais estáveis emocionalmente à medida que envelhecem. Este autor refere-nos também que em relação aos estudos que existem acerca do BES de idosos podemos concluir que a satisfação com a vida não diminui com a idade avançada, os afetos negativos também não aumentam, sendo que a diminuição dos afetos positivos parece ser um efeito de estratégias de estabilidade emocional e adaptação às condições de vida (*coping*) e que pode ser referido de forma mais específica como afetos positivos de grande intensidade.

Gouveia (2010) citado por Oliveira, Queiroz e Costa (2012), também nos revela que de acordo com a literatura, em relação aos componentes cognitivos e afetivos do bem-estar, estes apresentam-se de modo consistente nos indivíduos com o passagem dos anos e das situações.

Paúl (1992), Caspi e Elder (1986) citados por Fonseca (2006) referem que a satisfação com a vida envolve uma avaliação individual das condições gerais decorrentes da experiência de vida humana. Assim a satisfação de vida na velhice é como que uma comparação entre as aspirações iniciais e aquilo que foi realmente alcançado, ou seja, um balanço entre os objetivos previstos e as metas alcançadas.

De acordo com uma análise de literatura realizada por Glass e Jolly (1997) citados por Capitanini e Neri (2008), em que o objetivo era identificar os indicadores de satisfação de vida presentes ao longo do curso de vida e na velhice, revelou os seguintes elementos: combinação de fatores tais como boa saúde, contatos sociais, rede de amigos, presença de um confidente, renda satisfatória, educação, estado civil e atividade, religião, atitude positiva perante a velhice, lazer, relações familiares positivas e a participação em trabalhos voluntários na comunidade.

Chatters (1988) citado por Guedea *et al.* (2006), sugere-nos que aqueles idosos que não têm grandes perdas funcionais encontram-se numa situação satisfatória comparados com quem apresenta maiores perdas. Diener *et al.* (1999) referem-nos que durante a velhice existe uma diminuição da intensidade emocional com a qual as experiências de vida são sentidas. Para Pinquart e Sorensen (2000) citados por Guedea *et al.* (2006), a satisfação reflete uma estabilidade nos julgamentos das experiências obtidas durante a vida. Por outro lado a vivência afetiva revela avaliações a curto prazo, consequências de variabilidades situacionais.

Néri (2004) diz-nos que o BES na velhice é percebido como a capacidade de recorrer a mecanismos compensatórios, como exemplo temos o trabalho e o envolvimento em grupos de atividades sociais.

O BES na velhice pode então ser entendido como o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem que necessariamente signifiquem a ausência de problemas em todas as dimensões (Ramos, 2003).

Sequeira e Silva (2002) referem-nos que o bem-estar pode encontrar-se relacionado com as capacidades adaptativas e que estas não dependem muito da idade que a pessoa tem, quanto do contexto sociocultural em que se insere. Assim o meio aparece também como um agente relevante na promoção do bem-estar do idoso.

Neste contexto podemos referir que vários são os elementos que são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice, entre eles destacamos, a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a satisfação, o controle cognitivo, a competência social, a produtividade, a atividade, a eficácia cognitiva, o status social, a renda, a continuidade de papéis familiares, ocupacionais e a continuidade de relações informais com amigos (Neri, 1993; citado por Santos, Costa, Fernandes & Henriques, 2002).

O idoso torna-se assim um ser necessitado de atenção, carinho, apoio/suporte emocional. Deste modo o cuidado ao idoso não pode ser apenas físico, ele tem também de ser psicológico e emocional.

Assim como nos refere Bermejo (2004), nos diferentes cenários que existem para o cuidado a idosos, quer sejam, lares, centros de dias, apoio domiciliário, acolhimento familiar, em todos eles quem cuida do idoso, quer seja cuidador formal ou informal, deve necessariamente adquirir alguns conhecimentos e treinar algumas técnicas e habilidades para o bom cuidado ao idoso.

O mesmo autor também nos sublinha que além do cuidado ser físico, ele é também emocional, psicológico e espiritual. No entanto estas habilidades não se reduzem unicamente a uma série de técnicas para mobilizar a pessoa com incapacidade, mas incluem também técnicas de estimulação, de suporte emocional, de acompanhamento na busca de sentido, etc.

Neste contexto Neri (2004) revela-nos que o treino de habilidades sociais pode assim constituir uma das formas através da qual a psicologia pode contribuir para o bem-estar objetivo e subjetivo dos idosos. Assim as habilidades sociais e o bem-estar subjetivo estão de certa forma interligados.

Perante toda esta realidade e face ao evidente envelhecimento populacional, todas as camadas sociais, essencialmente os serviços de saúde e Lares de idosos, devem preocupar-se em aumentar a necessidade de oferta de serviços de reabilitação cognitiva e de apoio social psicológico aos idosos, uma vez que o avanço da velhice está associado a um risco elevado de vulnerabilidade e de disfuncionalidade.

Deste modo como nos refere Neri (2008) os familiares e profissionais responsáveis por cuidar do idoso deverão procurar mais serviços psicológicos no âmbito da informação, do desenvolvimento de habilidades e na promoção do bem-estar dos nossos idosos. Por isso as instituições que são prestadoras de serviços sociais, saúde, bem-estar, beleza, entretenimento, publicidade, lazer e educação irão necessitar de serviços psicológicos de promoção de saúde, educação, reabilitação e planeamento ambiental.

Passamos de seguida à segunda parte desta investigação que é constituída pela componente prática, onde será exposto o Estudo Empírico realizado.

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo I – Metodologia

A metodologia deve ser entendida como um conjunto de atividades sistemáticas e racionais com a finalidade de rentabilizar recursos humanos, materiais e de tempo, servindo de orientação para alcançar os objetivos delineados. É uma etapa essencial no desenvolvimento de um estudo de investigação, permitindo ao investigador imprimir rigor metodológico.

Segundo Fortin (2000) a metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração de um processo de investigação científica e também a secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação.

Para Pais Ribeiro (2010), a metodologia de investigação constitui uma das partes nobres do estudo científico, permitindo responder às questões que se levantam, através da recolha de dados necessários, com procedimentos adequados, possibilitando a identificação e ênfase de aspetos mais relevantes.

No decurso da fase metodológica procurou-se determinar os métodos a utilizar para obter resposta à questão de investigação colocada. Assim, neste capítulo serão descritos todos os passos relativos a realização deste trabalho de investigação.

1.1 Questão de Investigação, Objetivos e Variáveis

Os capítulos anteriores relativos ao fenómeno do envelhecimento, à institucionalização do idoso e ao bem estar subjetivo, permitiram um enquadramento teórico-concetual que fundamenta o estudo empírico que apresentamos de seguida.

Com esta investigação pretendemos avaliar o Bem-Estar Subjetivo do Idoso Institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro.

Como Questão de Investigação para o estudo colocamos a seguinte:

- *Qual o nível de Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro?*

Neste seguimento, delineamos os seguintes Objetivos para a presente investigação:

- Avaliar o Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro;

- Relacionar o Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro com as variáveis *Sociodemográficas, Clínicas e Comportamentais*;

- Disponibilizar os dados sobre a realidade em estudo, que promovam e facilitem o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito desta problemática;

- Realizar uma Proposta de Intervenção estruturada, no âmbito da temática em apreço, com o objetivo de dar resposta às potenciais problemáticas identificadas com a presente investigação.

As variáveis de uma investigação são de extrema relevância dado que é através destas que se transmite uma estrutura numa determinada investigação. A variável, como o próprio nome indica, pode variar, ser de diferentes tipos e distribuir-se por diferentes valores ou qualidades. Numa investigação pretende-se compreender a forma como variam os fenómenos, bem como porque variam, permitindo-se assim relacionar as diferenças de uma variável com as diferenças de outras variáveis em estudo. Independentemente da função que desempenham numa investigação, as variáveis podem ser dependentes ou independentes. "A causa eventual denomina-se variável independente, e o efeito possível como variável dependente" (Pollit & Hungler, 1995, p. 51).

Tendo em conta a revisão teórico-concetual realizada, bem como os objetivos que se pretendem alcançar, distinguimos dois tipos de varáveis:

Foram consideradas **Variáveis Independentes:**

Determinantes Sociodemográficos, Clínicos e Comportamentais

Foi considerada **Variável Dependente:**

O Bem-Estar Subjetivo

No que concerne às variáveis independentes, em relação aos determinantes Sociodemográficos, incluímos nos mesmos, a idade, o estado civil, o sexo, a família e as habilitações literárias. Nos determinantes clínicos, incluímos, a medicação e a existência de patologias. Finalmente nos determinantes comportamentais, incluímos as atividades realizadas, a sociabilidade e a interação familiar.

1.2 Hipóteses de Investigação

Tendo por base a revisão bibliográfica realizada nos capítulos anteriores, estabelecemos as seguintes Hipóteses de Investigação:

H1 – O bem-estar subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro é diferente segundo as variáveis *Sociodemográficas*.

H2 – O bem-estar subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro é diferente segundo as variáveis *Clínicas*.

H3 - O bem-estar subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro é diferente segundo as variáveis *Comportamentais*.

1.3 Tipo de Estudo

Ribeiro (2010) refere-nos que é através do desenho e método de investigação que conseguimos atingir os objetivos após a recolha e o tratamento de dados e informação. O estudo deve ter como orientação os objetivos propostos de forma a utilizar técnicas, práticas e demais procedimentos, adequados para conseguirmos um processamento e análise de dados o mais rigoroso possível.

Para a execução deste trabalho foi desenvolvido um estudo de investigação quantitativo, observacional, descritivo, analítico e transversal (Pais Ribeiro, 2010).

É *observacional*, porque não se interfere nas variáveis e, as variáveis independentes não são passíveis de serem manipuladas.

É *descritivo*, porque se analisa os níveis de Bem-Estar Subjetivo, numa determinada população de idosos, num contexto específico de espaço e tempo.

É *transversal*, porque a avaliação é feita num determinado período de tempo.

É também *analítico* porque pretende, não só, descrever as variáveis em estudo, como também, estabelecer relações entre estas.

1.4 População e Amostra

Fortin (2000) refere-nos que a população de um estudo se refere ao conjunto de indivíduos que partilham características comuns definidas por uma lista de critérios, que por sua vez o investigador deseja descrever ou para os quais pretende generalizar as suas conclusões e resultados. Neste contexto uma determinada população que é submetida a um estudo designa-se por *População-Alvo*, sendo esta constituída pelos sujeitos que respeitam os critérios de seleção previamente definidos e para os quais se pretende fazer as devidas generalizações.

Assim a amostra de um estudo é um subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as suas características.

1.4.1 Seleção da Amostra

Os idosos participantes neste estudo foram selecionados em sete Lares que envolvem os concelhos de Mogadouro e de Miranda do Douro. Deste modo os idosos presentes no estudo pertencem aos Lares das seguintes freguesias: Sendim e Palaçoulo (concelho de Miranda do Douro); Mogadouro, Bemposta, Bruçó e Vilarinho dos Galegos (concelho de Mogadouro).

Trata-se de uma amostragem *não probabilística*, uma *amostra por conveniência*, pois os idosos inquiridos, e que constituem a nossa amostra, foram aqueles que se encontravam disponíveis e aptos para responder ao inquérito, aquando da nossa deslocação à instituição.

É uma técnica de amostragem em que, como o próprio nome indica, a amostra é identificada primeiramente por conveniência. Os elementos são incluídos na amostra sem probabilidades previamente especificadas ou conhecidas de eles serem selecionados. Por exemplo, um professor que faz pesquisas numa universidade pode utilizar estudantes voluntários para compor uma amostra, simplesmente porque eles estão disponíveis e deste modo participarão como objetos da experiência por pouco ou nenhum custo (Anderson, Sweeney & Williams, 2007).

A seleção dos idosos (amostra) foi feita tendo em conta os seguintes critérios:

Crítérios de Inclusão

– Idosos com 65 ou mais anos de idade e idosos que permanecem nas instituições durante o período da investigação (conscientes e orientados).

Critérios de Exclusão

- Idosos (não orientados no tempo e no espaço) que de acordo com indicação da instituição não possuam capacidade mental para responder ao questionário.

A população e a amostra selecionada no presente estudo encontra-se expressa na seguinte tabela (*Tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição dos inquiridos por Instituição

Local da Colheita de	População	Amostra	% Relativa à	% Relativa à
Dados	(Centro Dia + Lar)		População	Amostra
Sendim	35	20	13,9	19,4
Picote	40	15	15,9	14,6
Mogadouro	97	30	38,6	29,1
Bemposta	43	25	17,1	24,3
Bruçó	21	7	8,4	6,8
Vilarinho dos Galegos	15	6	6,1	5,8
TOTAL	251	103	100	100

Num total de 251 idosos das referidas instituições (população), 103 deles constituem a nossa amostra (n=103), sendo que 20 utentes são do lar de idosos de Sendim (19,4%), 15 utentes são do lar de idosos de Picote (14,6%), 30 utentes são do lar de idosos de Mogadouro (29,1 %), 25 utentes são do lar de idosos de Bemposta (24,3%), 7 utentes são do lar de idosos de Bruçó (6,8 %) e finalmente 6 utentes são do lar de idosos de Vilarinho dos Galegos (5,8%).

1.5 Instrumento de Recolha de Dados

Como instrumento de recolha de dados optamos por aplicar um inquérito (Anexo III), sendo este constituído por quatro partes: a primeira parte contém questões sociodemográficas, a segunda parte questões clínicas, a terceira parte questões comportamentais e por fim a quarta parte é constituída por duas escalas, a primeira escala pretende medir a satisfação com a vida do idoso (*SWLS*) e a segunda escala pretende medir a afetividade do idoso (*PANAS*), ambas as escalas objetivam avaliar o nível de Bem-Estar Subjetivo do Idoso.

Passamos de seguida a efetuar uma breve descrição dos diferentes conteúdos presentes no inquérito, iniciando pela descrição do questionário de determinantes sociodemográficos.

Questionário de Determinantes Sóciodemográficos

O questionário sóciodemográfico aplicado aos idosos é constituído por oito questões. A primeira questão é acerca da idade do utente, sendo a resposta livre. A segunda questão refere-se ao sexo do utente, sendo as opções de resposta, feminino e masculino. A terceira questão concerne ao estado civil do utente, sendo constituída pelas seguintes opções de resposta: solteiro; casado; união de facto; divorciado/separado; viúvo e outro. A quarta questão aborda o utente sobre a existência ou não de família, apresentando como respostas, sim e não, bem como quais os membros da família mais significativos para ele, com as seguintes hipóteses de resposta: esposo e/ou esposa, filhos, netos e outro (s). A quinta questão é relativa às habilitações literárias do utente e para tal estabeleci as seguintes opções de resposta: Não sabe ler nem escrever; Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino; 1º Ciclo do Ensino Básico (1º ao 4º Ano); 2º Ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º Ano); 3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º Ano); Ensino Secundário (10º ao 12º Ano); Licenciatura; Mestrado e Doutoramento. A sexta questão é relativa ao tipo de resposta social, sendo as opções de resposta, as seguintes: Centro de Dia; Centro de Noite e Lar de Idosos.

A sétima questão incorpora o local de residência antes da institucionalização, sendo constituída por três opções de resposta, casa de familiares, casa própria e/ou outro e dentro destas respostas a questão (7.1) se vivia sozinho ou acompanhado (e se acompanhado por quem). A oitava questão é relativa ao motivo de institucionalização, sendo constituída pelas seguintes hipóteses de resposta: questões clínicas (Incapacidade Física), questões familiares e/ou pessoais ou outro (s). A nona questão é relativa à profissão do utente, em que estabeleço duas opções de resposta, uma manual e a outra intelectual, estando presente uma alínea para indicar especificamente qual a profissão.

Questionário de Determinantes Clínicos

O questionário clínico aplicado aos idosos é constituído por duas questões. A primeira questão é relativa ao estado geral de saúde do utente, ou seja, a forma como o utente avalia a sua saúde geral. Para tal estabelecemos cinco possibilidades de resposta, sendo elas: Muito Bom, Bom, Nem Bom nem Mau, Mau e Muito Mau. Por sua vez a segunda questão aborda o utente acerca da presença ou não de patologia (s) significativa (s), constituída pelas respostas, sim e não. Se o utente respondeu sim, ou seja, se apresenta alguma patologia (s) significativa (s), terá de responder às alíneas seguintes, que constituem a questão dois, ou seja, as alíneas 2.1, 2.1.1 e 2.1.2, respetivamente. A alínea 2.1, apresenta um conjunto de patologias que são mais frequentes durante a velhice, com o objetivo do utente selecionar uma delas se assim for o seu caso, ou outra que não esteja presente na grelha. As patologias por mim apresentadas na grelha são as seguintes: Alzheimer, Parkinson, Cataratas, Diabetes Mellitus, Depressão, Hipertensão Arterial Sistémica, Osteoartrose, Osteoporose, Neoplasias, Fibromialgia, Artrite Reumatóide ou outra (s). Por sua vez, a alínea 2.1.1, questiona o utente sobre se este se recorda do tempo que tem presente a patologia, com as hipóteses de resposta, sim e não, e se respondeu sim terá de responder à quanto tempo tem a doença. Finalmente a alínea 2.1.2 questiona o utente sobre se este administra algum tipo de medicação específica (pelo facto de possuir a patologia (s)), com as hipóteses de resposta, sim e não.

Questionário de Determinantes Comportamentais

O questionário comportamental aplicado aos idosos é constituído por três questões. A primeira questão aborda o idoso se em termos gerais ele se considera um utente ativo, ou seja, se participa, por exemplo, em atividades realizadas dentro do lar, com as seguintes possibilidades de resposta, sim, não e mais ou menos. A segunda questão é sobre a sociabilidade do idoso, ou seja, se este se considera um utente sociável, com as opções de resposta, sim, não e mais ou menos. Finalmente a terceira e última questão aborda o idoso sobre o contacto que ele estabelece com a sua família. Assim a questão 3 questiona o utente sobre se tem contacto com a família (presencial e/ou telefónico), com as hipóteses de resposta, sim, não e mais ou menos. Seguidamente se o utente tiver respondido sim e/ou mais ou menos à questão 3, terá de responder às seguintes alíneas que constituem a dita questão, ou seja, as alíneas 3.1 e 3.2. A alínea 3.1 questiona o utente sobre a frequência do contacto que estabelece com a família (presencial ou telefónico), com as seguintes opções de resposta: Diariamente, Semanalmente, Mensalmente, Anualmente e/ou outro. Por sua vez a alínea 3.1 é subdividida na alínea 3.1.1, que questiona o utente sobre quais são os membros da família com quem estabelece mais contacto, com as possibilidades de resposta: esposo e/ou esposa, filhos, netos e outro (s). Finalmente a alínea 3.2 é somente para o caso do idoso ter respondido não à questão 3, sendo que nesta alínea irá referir o motivo pelo qual não estabelece contacto com a sua família.

Instrumentos utilizados para avaliar o Bem-estar Subjetivo do idoso Institucionalizado:

O BES do idoso institucionalizado, em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro, foi avaliado através da Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction with Life Scale- SWLS*) de Diener *et al.* (1985) e através da Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (*Positive and Negative Affect Schedule – PANAS*) de Watson, Clark e Tellegen (1988).

SWLS: Satisfaction with Life Scale -Escala de Satisfação com a Vida

A escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction with Life Scale-SWLS*) foi desenvolvida e validada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) com o objetivo de avaliar e/ou medir o bem-estar subjetivo, ou seja, a forma positiva ou negativa como os indivíduos vivenciam a sua própria vida (Simões, 1992). Mais tarde esta escala foi objeto de uma revisão realizada por Pavot e Diener (1993).

Os itens que constituem a *SWLS* são globais, quer isto dizer, que as respostas dadas pelos inquiridos são acerca dos domínios das suas próprias vidas, de acordo com os próprios valores e permitindo um julgamento global acerca da satisfação com a sua vida. Assim os domínios específicos da vida devem ser colocados de parte, interessa apenas uma avaliação geral e deve ser o sujeito a estabelecer os próprios critérios para essa avaliação, estando o investigador posto de parte nesse aspecto (Pavot & Diener, 1993).

Este instrumento de avaliação é composto por cinco itens que apresentam uma escala de resposta tipo *Likert* de sete pontos: 1- Discordo muito; 2- Discordo; 3- Discordo um pouco; 4- Não concordo nem discordo; 5- Concordo um pouco; 6- Concordo; 7- Concordo muito. A pontuação do sujeito pode variar entre 5 a 35 pontos. A pontuação 15 representa o ponto médio. Diener *et al.* (1985) durante a construção da escala tiveram por base uma escala de 45 itens, que acabou por ser sujeita a uma análise factorial da qual resultaram três fatores: Satisfação com a vida, Afeto Positivo e Afeto Negativo. Dez dos itens revelaram uma saturação de 0,60 no fator de satisfação com a vida, acabando por a escala ser reduzida para cinco itens, minimizando deste modo redundâncias em termos de enunciado e com custos mais reduzidos em relação ao nível de consistência interna (Pavot & Diener, 1993).

Validação da Escala *SWLS*

Um estudo realizado com 176 alunos da universidade de *Illionois*, que aplicou a escala *SWLS* pretendendo verificar a validade da mesma, concluiu que a escala obteve uma pontuação média de 23 valores com um desvio padrão de 6,43, revelando assim uma boa consistência interna (coeficiente Alfa de *Cronbach* de 0,87). Em relação ao Teste-Reteste apresentou um intervalo de dois meses entre cada aplicação, revelando uma boa fidedignidade (coeficiente de estabilidade de 0,82). Com o objetivo de testar a validade convergente, foi comparado com diversos testes revelando uma forte correlação com a maioria dos testes (entre 0,32 e 0,75) embora não se tenha comprovado uma correlação significativa com o *Affect Intensity Measure* (0,09). Foi também realizado um estudo com a população portuguesa geriátrica que envolveu 53 pessoas com idades na volta dos 75 anos. O estudo revelou uma boa validade interna, apresentando um coeficiente Alfa de 0,69 e uma boa validade convergente, correlacionando-se de forma positiva com a escala *Life Satisfaction Index* (0,48) (Adams, 1969) e com a entrevista realizada por dois entrevistadores previamente preparados, que mediram a satisfação de vida dessas pessoas (0,73) (Diener *et al.*, 1985).

Em relação à validação da escala para a população portuguesa a primeira foi realizada por Neto, Barros e Barros (1990) contendo uma amostra de 308 professores do ensino básico e secundário.

Como resultados obteve-se um coeficiente Alfa de *Cronbach* de 0,78 e apresentou diversos índices de validade, principalmente correlações significativas com a eficácia do pessoal de ensino, aceitação/rejeição pessoal, auto-eficácia, auto-conceito total, maturidade psicológica e ansiedade social (Neto, Barros & Barros, 1990).

A mais recente validação da escala para a população portuguesa foi realizada por Simões (1992) e é aquela utilizada no presente estudo. O estudo realizado por Simões (1992) envolveu 74 alunos da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra bem como 130 adultos de várias idades, profissões e classes sociais. A média das idades foi de 40,89 anos. Este autor acabou por reduzir o número de respostas da escala, passando de sete para cinco hipóteses de resposta, sendo elas: 1-discordo muito; 2- discordo pouco; 3- não concordo nem discordo; 4-concordo um pouco; 5- concordo muito.

A escala obteve uma boa consistência interna, um coeficiente Alfa de *Cronbach* de 0,77, bem como uma boa validade convergente, revelando uma correlação positiva com uma medida diária da satisfação com a vida, uma versão do teste da escada de Cantril (1965) e um teste de felicidade e com a vertente afetiva do bem-estar subjetivo. O estudo revelou também uma boa validade preditiva, correlacionando-se positivamente com a tarefa de recordação diferencial, assentando no pressuposto de que as pessoas com maior satisfação de vida tendem a recordar mais eventos positivos que eventos negativos (Simões, 1992).

Um estudo realizado recentemente por Costa (2013) que envolveu 555 idosos institucionalizados entre os 65 e os 100 anos de idade e que objetivou validar as escalas *PANAS* e *SWLS* para este tipo de população específica, concluiu que a escala *SWLS* apresenta uma consistência interna adequada, com um Alfa de 0,76. Em relação à análise fatorial confirmou-se a existência de um só fator para esta escala. No que concerne à estabilidade temporal teste-reteste que foi também calculada, revelou-se uma estabilidade na escala *SWLS* num intervalo de um ano. O estudo do autor concluiu que a escala *SWLS* é um instrumento de avaliação considerado confiável e válido para ser aplicado à população idosa institucionalizada (Costa, 2013).

PANAS: Positive and Negative Affect Schedule- Escala de Afetos Positivos e Negativos

Estudos recentes sobre a estrutura do afeto, positivo e negativo têm revelado que estas duas dimensões são dominantes e relativamente independentes. Um número largo de escalas tem sido criada para medir esses fatores. No entanto muitas das medidas existentes são inadequadas, revelando uma baixa confiabilidade, pobre convergência e uma validade discriminante. Com o objetivo de responder a estas lacunas surgiu a necessidade de criar uma escala confiável e válida para medir o Afeto Positivo e o Afeto Negativo, escalas que sejam também breves e fáceis de administrar.

Neste contexto Watson, Clark e Tellegen (1988) desenvolveram duas escalas de humor com 10 itens cada uma, constituindo assim a *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*. As escalas foram criadas para serem internamente altamente consistentes em grande parte, não correlacionadas e estáveis em níveis adequados ao longo de um período de dois meses.

A *PANAS* foi então desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) com o objetivo de avaliar e/ou medir o Afeto Positivo e o Afeto Negativo, sendo estas definidas como dimensões gerais que permitem descrever a experiência afetiva dos indivíduos. Deste modo o Afeto Negativo elevado reflete desprazer e mal estar subjetivo, envolvendo emoções como o medo, o nervosismo e a perturbação. O Afeto Positivo elevado por sua vez, reflete prazer e bem-estar subjetivo, envolvendo emoções como o entusiasmo, a inspiração e a determinação.

De acordo com o quadro temporal selecionado nas instruções de aplicação utilizadas (ex. “neste momento”; “durante o último mês”; “em geral”) a *PANAS* pode medir o estado afetivo, o humor ou o afeto traço dos indivíduos (Watson & Clark, 1997; citados por Galinha, Pereira & Esteves, 2014).

Deste modo a *PANAS* poderá ser utilizada como uma medida da dimensão afetiva do conceito de Bem-Estar Subjetivo (BES), de acordo com a definição mais consensual e empiricamente testada do conceito (Arthaud - Day, Rode, Mooney & Near, 2005; Diener & Ryan, 2009; Galinha & Ribeiro, 2008; citados por Galinha, Pereira & Esteves, 2014).

Costa (2013) também nos refere que a lista de Afetos Positivos e Negativos (*PANAS- Positive and Negative Affect Schedule*) objetiva avaliar o bem-estar subjetivo e a afetividade.

A escala original como foi já referido é constituída por 20 itens que objetivam medir o afeto positivo (10 itens) e o afeto negativo (10 itens), numa escala tipo Likert que varia entre o *muito pouco ou nada* (1) e o *muitíssimo* (5). Os 10 itens correspondentes à componente positiva/afeto positivo (ex. entusiasmo, inspiração, interesse) e os restantes 10 itens referem-se à componente negativa/afeto negativo (ex. irritação, medo, nervosismo) (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

A versão Portuguesa da *PANAS* de Simões (1993) citado por Costa (2013), inclui onze itens que avaliam o afeto negativo, sendo que esta escala incorpora um item a mais para cada componente em relação à escala original. Foi verificado um Alfa de *Cronbach* de 0,82 para a subescala de afeto positivo e 0,85 para a subescala de afeto negativo.

Validação da Escala *PANAS*

A validação da escala foi realizada em diversas amostras, obtendo-se dados relativos a sete diferentes instruções temporais. As médias são mais elevadas à medida que o tempo estabelecido for mais longo, o que significa coerência, pois a probabilidade de experienciar um dado estado aumenta se o tempo estabelecido for maior. As médias apresentam-se mais elevadas nos descritores do afeto positivo, *PA*, relativamente às médias que foram obtidas nos descritores do afeto negativo, *NA*, não sendo evidenciada uma diferença significativa de médias entre sexos.

No que concerne à correlação entre as subescalas *PA* e *NA*, esta revela-se baixa, estando compreendido entre -0,12 a - 0,23, de acordo com o período de tempo estabelecido (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

A *PANAS* revela uma boa consistência interna, compreendendo valores entre os 0,86 e os 0,90 para a subescala *PA* e os valores compreendidos entre 0,84 e 0,87 para a subescala *NA*, sendo que nenhuma delas está afetada pelo período de tempo estabelecido. A estabilidade medida pela consistência do Teste- Reteste alcança níveis significantes em quaisquer dos períodos de tempo estabelecidos (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Os autores Watson e Walker (1996) desenvolveram um estudo em que o objetivo foi avaliar a estabilidade a longo prazo da *PANAS*, durante seis e sete anos. Os autores revelaram a existência de valores de estabilidade significativos, no entanto apresentam-se inferiores na subescala *NA*. Detetaram também uma estrutura de dois fatores que podem justificar pelo menos 70% da variância. Green, Goldmen e Salovey (1993) referem que recentemente se tem originado alguma polémica no que diz respeito à estrutura fatorial da *PANAS*, embora os verdadeiros autores das escalas, Tellegen, Watson e Clark (1999) numa repreciação dos resultados e efetuando uma análise fatorial confirmatória, afirmaram e comprovaram a independência do afeto positivo e do afeto negativo.

Em relação à validade externa podemos referir que depois de avaliada pelas correlações entre a *PANAS* e outros instrumentos que avaliam construtos associados à ansiedade, depressão e *distress*, a validade externa apresentou-se adequada, sendo claras as correlações significativas, no que concerne quer à *PA* e outros instrumentos de medição do Afeto Positivo, quer no que concerne à *NA* e outros instrumentos de medição de Afeto Negativo (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Os resultados dos estudos de Watson e Walker (1996) evidenciaram o mesmo, estando em concordância com os autores Watson, Clark e Tellegen (1988).

Costa (2013) realizou um estudo que envolveu 555 idosos institucionalizados, entre os 65 e os 100 anos de idade, em que o objetivo foi validar as escalas *PANAS* e *SWLS* para este tipo de população específica, ou seja, idosos institucionalizados. O estudo revelou uma diminuição significativa dos afetos positivos com a idade. A *PANAS* revelou uma consistência interna adequada, com um Alfa de 0,75, incorporando a dimensão dos afetos positivos, com um Alfa de 0,79 e a dimensão dos afetos negativos, com um Alfa de 0,84 respectivamente. Os resultados da análise fatorial suportam a existência de dois fatores. No entanto no que concerne à estabilidade temporal teste-reteste que foi também calculada, a *PANAS* não se apresentou como estável num intervalo de um ano. O estudo do autor Costa (2013) concluiu que a escala *PANAS* é considerada como um instrumento de avaliação confiável e válido para ser aplicado à população idosa institucionalizada.

No presente estudo utilizamos a Versão Reduzida Portuguesa (VRP) e mais recente da *PANAS* que foi desenvolvida e validada por Galinha, Pereira e Esteves (2014), a qual passamos a desenvolver de seguida.

PANAS: Versão Reduzida Portuguesa (VRP)

A *PANAS-VRP* surgiu no contexto de uma necessidade em desenvolver versões mais reduzidas da *PANAS* (anteriormente abordada) no sentido de facilitar o seu preenchimento durante os estudos desenvolvidos que muita das vezes envolvem diversas variáveis, com questionários muito extensos ou mesmo nos casos em que a população pertence a um contexto organizacional, com fortes limitações de tempo (Mackinnon *et al.*, 1999; Thonsom, 2007; citados por Galinha, Pereira & Esteves, 2014). Assim esta versão reduzida é muito útil nos casos de estudos com populações clínicas, em que predominam limitações no campo psicológico e/ou físico que por sua vez possam afetar as capacidades de resposta. No entanto importa referir que mesmo assim a *PANAS* não deixa de ser um medida parcimoniosa, válida e estável (Galinha, Pereira & Esteves, 2014).

Um estudo desenvolvido pelos autores Galinha, Pereira e Esteves (2014) originou uma versão reduzida portuguesa da *PANAS*. Este instrumento de avaliação é composto apenas por dez itens (interessado, nervoso, entusiasmado, amedrontado, inspirado, ativo, assustado, culpado, determinado, atormentado). Assim destes dez itens, cinco deles abrangem os afetos positivos (*PA*), ou seja, interessado, entusiasmado, inspirado, ativo e determinado. Por sua vez os restantes cinco itens abrangem os afetos negativos (*NA*), concretamente, nervoso, amedrontado, assustado, culpado e atormentado. Esta escala apresenta cinco respostas possíveis do tipo *Likert*: 1- Nada ou muito ligeiramente, 2- Um pouco, 3- Moderadamente, 4- Bastante, 5- Extremamente. Passo de seguida a falar acerca da validação desta versão reduzida da escala *PANAS*.

Em relação à validação da escala *PANAS-VRP*, podemos referir que a estrutura fatorial da escala foi analisada, no estudo realizado pelos autores Galinha, Pereira e Esteves (2014), bem como também foi testada a invariância temporal, durante um intervalo de dois meses. Os resultados apontaram que embora a estrutura da *PANAS-VRP* se tenha revelado variável em duas amostras do estudo, esta apresentou boas características psicométricas em ambas as amostras. Esta versão reduzida da escala revelou também uma invariância temporal durante um intervalo de dois meses, bem como uma correlação elevada com a versão integral e original da escala, demonstrando que as duas versões medem e/ou avaliam os mesmos construtos.

No nosso estudo utilizamos esta escala, simplesmente pelo facto de ser mais reduzida e deste modo de mais fácil administração junto de população idosa institucionalizada. Assim esta escala tem a mesma lógica que a versão normal da *PANAS*, simplesmente em formato mais reduzido, o que especificamente para população idosa, facilita mais a recolha de dados. No entanto não conseguimos encontrar estudos concretos que tivessem aplicado precisamente esta escala reduzida a população idosa institucionalizada, talvez por ela ainda ser recente. Contudo a *PANAS* original já foi testada para este tipo de população específica, como foi anteriormente referido (e.g. Costa, 2013), logo esta versão mais reduzida da escala também estará adaptada a este tipo de população, e ainda melhor, visto ser mais reduzida e assim uma maior simplificação na sua utilização.

1.6 Procedimentos Formais e Éticos na Recolha de Dados

Os idosos foram selecionados tendo em conta a informação do seu processo individual e clínico, bem como por considerações feitas pelos Diretores dos respetivos Lares de idosos dos concelhos de Mogadouro e de Miranda do Douro.

Os idosos receberam informação apropriada para consentirem a participação na investigação, onde ressaltou o princípio da privacidade e da confidencialidade, tendo-se solicitado ao utente o preenchimento do consentimento informado (Anexo II), para poder integrar o estudo.

As instituições tiveram direito do conhecimento integral sobre o estudo, bem como direito ao anonimato e confidencialidade dos resultados.

A revisão bibliográfica efetuada respeitou os direitos de autor, tendo sido também obtida a autorização dos autores para a utilização dos instrumentos de avaliação aplicados na colheita de dados (Anexo I).

Para poder iniciar a investigação procedeu-se ao envio de uma carta formal, em nome da Escola Superior de Saúde de Bragança, onde foram esclarecidos os objetivos da investigação à Direção técnica dos Lares em questão e foi solicitada a sua colaboração neste estudo. Após terem tomado conhecimento e concordarem em colaborar, foram contactados telefonicamente, no sentido de agendar a deslocação à instituição, para a posterior aplicação do instrumento de recolha de dados (Anexo III).

Por se tratarem de indivíduos de baixo nível de instrução e com uma idade avançada, foi necessário individualizar o processo de recolha de dados. Neste sentido desloquei-me às instituições onde procedi à aplicação dos inquéritos aos idosos, após lhes ter explicado a necessidade e a importância deste estudo, bem como os objetivos patentes a ele. A aplicação dos inquéritos foi realizada de forma individual, tendo sido todos os itens lidos em voz alta e com um tipo de linguagem que fosse mais acessível para os idosos.

As respostas dadas pelos idosos foram sendo anotadas nos respectivos inquéritos, ao longo do decorrer da sua administração, no sentido de facilitar mais o processo de recolha de dados.

Os encontros realizados tiveram uma duração aproximada de duas a três horas em cada instituição, até porque os idosos gostam sempre muito de falar, tornando-se a recolha de dados mais prolongada.

Em relação ao espaço em que decorreu a aplicação dos inquéritos, a maioria realizou-se nas salas de convívio dos idosos, no sentido de tornar mais informal o processo e estes se sentirem mais à vontade num espaço mais informal para eles, sendo que eles próprios admitiram querer esse local. A verdade é que mesmo dentro desse espaço houve um certo distanciamento dos outros idosos, enquanto decorria a aplicação dos inquéritos, no sentido de individualizar mais a recolha de dados.

Os princípios de direito à auto-determinação, à intimidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo foram aqui respeitados bem como a existência de um tratamento justo e igualitário.

1.7 Tratamento Estatístico

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa informático *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*, versão 20.0, para Windows, utilizando-se também o programa Microsoft Office Excel 2007, para a elaboração das tabelas e gráficos de apresentação dos resultados.

Relativamente à análise dos dados, esta consiste numa análise descritiva em função da natureza das variáveis. Recorremos às medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão, mínimo, máximo e gráficos de barras de forma a descrever as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais.

Utilizamos ainda a análise inferencial, através de tabelas de cruzamento de variáveis com aplicação dos testes estatísticos considerados indispensáveis para os instrumentos de avaliação utilizados (*SWLS* E *PANAS*), com aplicação dos testes t de student para amostras independentes e *ANOVA* one-way, quando se cumpriam os pressupostos para a utilização de testes paramétricos e testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, quando estes pressupostos não eram verificados.

Verificamos que as seguintes variáveis não apresentavam os pressupostos que sustentavam a utilização de testes paramétricos e apresentavam valores significativos no teste de *Kolmogorov-Smirnov* : Sociodemográficas - *Estado Civil, Tem família?, Habilitações Literárias, Resposta Social, Local de Residência, Profissão*. Clínicas- *Estado Geral de Saúde, Se sim, qual ou quais, sabe há Quanto Tempo tem essa Patologia, Administra Medicação Específica?* Comportamentais- *Utente Ativo, Contacto Telefónico com a Família, Frequência de Contacto Telefónico, Familiares com quem mais Estabelece Contacto*.

Foi feita também uma análise aos valores de confiança das escalas, utilizando, para tal, o valor estatístico do Alfa de *Cronbach*. Segue-se o capítulo V que contém a apresentação e análise dos resultados obtidos.

CAPÍTULO II- Apresentação e Análise dos Resultados

Neste capítulo da investigação, vamos efetuar uma análise descritiva e inferencial dos resultados recolhidos nos vários Lares dos dois concelhos anteriormente propostos. Desta forma, procuraremos compreender de que forma as nossas hipóteses anteriormente propostas foram ou não verificadas, e em que moldes tal aconteceu.

2.1 Análise do Grau de confiança das escalas utilizadas: *SWLS* e *PANAS-VRP*

Como foi já referido anteriormente, para se fazer a avaliação do bem-estar subjetivo da população idosa que frequentava os Lares, Centros de Dia e Centros de Noite dos Concelhos de Mogadouro e de Miranda do Douro, foram utilizadas duas escalas: a *SWLS* e a *PANAS-VRP*, com cinco e dez itens, respetivamente.

Tratando-se de escalas standardizadas e adaptadas à população portuguesa, cuja relevância foi já comprovada em vários outros estudos, é importante efetuar-se uma verificação do seu grau de confiança, calculando-se, para tal, o valor do *Alpha de Cronbach*. Os resultados foram positivos e satisfatórios na *SWLS*, com valores sólidos desta medida de confiança, para uma escala de cinco itens ($\alpha = .634$). O mesmo não se verificou relativamente à *PANAS-VRP*, escala com 10 itens, cujo valor estatístico do Alfa de *Cronbach* foi mais baixo, tanto na subescala de Afetos Positivos ($\alpha = .142$) como na subescala de Afetos Negativos ($\alpha = .356$). Tais valores demonstram assim um grau de confiança aceitável para a *SWLS*, que nos permitem assegurar a validade da sua utilização, neste estudo em concreto e colocam em evidência o eventual desajuste da *PANAS-VRP*, junto da população selecionada para este estudo. Ainda assim, verificou-se que o grupo amostral considerado obteve valores elevados, tanto na escala *SWLS* ($M = 15,31$, $DP = 2,53$) como na *PANAS-VRP* Afeto Positivo ($M = 12,19$, $DP = 2,0391$) e valores mais baixos na subescala da *PANAS-VRP* Afeto Negativo ($M = 8,91$, $DP = 2,668$) que demonstram elevados níveis de satisfação subjetiva por parte dos idosos participantes neste estudo.

Adicionalmente, verificou-se também quais os valores que poderiam estar a ter um impacto negativo nos valores de confiança das escalas, percebendo-se que, no caso da *SWLS*, seria a última pergunta (“Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada”) que, caso eliminada, aumentaria exponencialmente o valor do alpha da escala ($\alpha = .878$). Já no caso da *PANAS-VRP*, seria a retirada dos itens “Determinado/a” ($\alpha = .383$), “Nervoso/a” ($\alpha = .643$) e Amedrontado/a ($\alpha = .407$) e que ajudariam a melhorar significativamente o valor de confiança das respetivas subescalas que a constituem.

De seguida prosseguimos com a análise, em separado, das diferentes hipóteses de investigação, tendo em conta os resultados obtidos.

2.2 Análise das Hipóteses

Hipótese 1: O Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro é diferente segundo as variáveis *Sociodemográficas*.

Na amostra em estudo tivemos participantes com idades (*Tabela 2*) compreendidas entre os 65 (n = 5) e os 100 anos (n = 1). A maior parte dos respondentes tinha 85 anos (13,6%), com uma média de idades de 82,4 (M = 82,4, DP = 7,42).

Tabela 2. Caracterização dos inquiridos relativamente à "Idade"

N	Mínimo	Máximo	Moda	Média	Desvio- Padrão
103	65	100	85	82,4	7,42

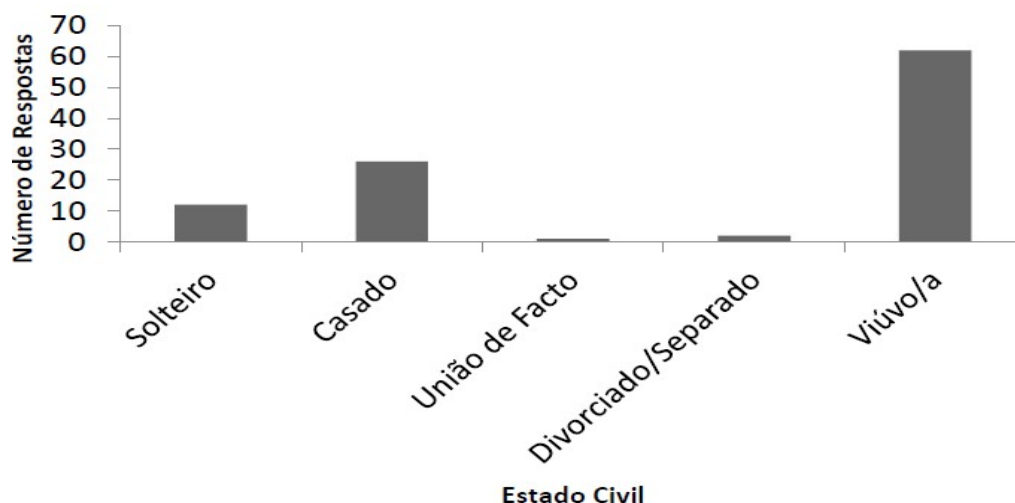
Atentando na distribuição da amostra, tendo em conta o sexo (*Tabela 3*), é possível constatar que a grande maioria dos participantes é do sexo feminino, 63, 1% (n = 65), em contraste com os respondentes do sexo masculino, que constituem 36,9% da amostra (n = 38).

Tabela 3. Caracterização dos inquiridos relativamente ao "Sexo"

Sexo	Número de Respostas	Percentagem (%)
Masculino	38	36,9
Feminino	65	63,1

Como seria expectável, atendo às características sociodemográficas da amostra, a maior parte dos respondentes assumia-se como viúvo/a (60,2%), quando questionado acerca do seu estado civil (*Gráfico 1*). Contudo, uma considerável parte da amostra respondeu ser “casado/a” (25,2%) e “solteiro/a” (11,7%). Dois respondentes (n=2) disseram ser “solteiros/divorciados” e um participante (n = 1) afirmou viver em “união de facto”.

Gráfico 1. Caracterização dos inquiridos relativamente ao "Estado Civil"



A maioria dos participantes deste estudo referiu ter pelo menos um elemento familiar (99%), com apenas um elemento a indicar não ter, atualmente, qualquer elemento da família que conheça ou com quem contacte ($n = 1$). De entre os participantes que referiram ter familiares, foi-lhes pedido que identificassem quais os elementos mais significantes, de entre estes (*Tabela 4*). Assim, a maioria dos participantes ($n = 76$) referiu serem os seus filhos os elementos mais significativos, seguido dos netos ($n = 49$) e da sua esposa/o ($n = 10$). Houve ainda quem tivesse selecionado outras opções, tendo especificado outras figuras familiares, tais como, os irmãos ($n = 15$), os sobrinhos ($n = 5$), os primos ($n = 1$) e a companheira/parceira romântica ($n = 1$).

Tabela 4. Caracterização dos inquiridos relativamente aos "Elementos Familiares" mais significativos

Elemento Familiar	Número de Respostas	Percentagem (%)
Esposa/o	10	9,8
Filhos	76	74,5
Netos	49	48
Irmãos	15	14,7
Companheira	1	1
Sobrinhos	5	4,9
Primo	1	1

Em relação às habilitações literárias (*Tabela 5*), o nível de escolaridade predominante na amostra foi o “1º Ciclo do Ensino Básico” (1º ao 4º Ano) constituindo 38,9% da amostra (n= 40). Seguidamente, com 26 casos (n = 26) temos o item “sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino” (25,2%). Trinta utentes (n = 30) admitiram “não saber ler nem escrever” (29,1%) e apenas 3 respondentes (n = 3) referiram possuir o “2º Ciclo do Ensino Básico” (5º ao 6º ano) (2,9%) e outros 3 (n = 3) o “Ensino Secundário” (10º ao 12º ano) (2,9%). Somente 1 participante da amostra referiu possuir o grau de licenciatura (1%), não se verificando a existência de qualquer participante que tivesse assinalado as opções “Mestrado” ou “Doutoramento”. É possível concluir, desta forma, que do ponto de vista das habilitações literárias a nossa amostra não apresenta níveis de escolaridade elevados, acontecimento comumente verificado no contexto rural a que a mesma aparenta pertencer.

Tabela 5. Caracterização dos inquiridos relativamente ao nível de "Escolaridade"

Habilitações Literárias	Número de Respostas	Percentagem (%)
Não sabe ler nem escrever	30	29,1
Sabe ler e escrever, sem possuir um grau de ensino	26	25,2
1º Ciclo do Ensino Básico (1º ao 4º Ano)	40	38,9
2º Ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º Ano)	3	2,9
Ensino Secundário (10º ao 12º Ano)	3	2,9
Licenciatura	1	1

No que concerne ao local de residência antes da institucionalização (*Tabela 6*), podemos referir que dezassete participantes (n = 17) viviam em casa de familiares (16,5%), oitenta e cinco (n = 85) viviam em casa própria (82,5%) e apenas um participante referiu “outro” tipo de moradia, como podemos comprovar pela análise da tabela seguinte.

Tabela 6. Caracterização dos inquiridos relativamente ao "Local de Residência" anterior à institucionalização

Local	Número de Respostas	Percentagem (%)
Casa de Familiares	17	16,5
Casa Própria	85	82,5
Outro	1	1

Quando questionados sobre se viveram sozinhos ou acompanhados antes da institucionalização (*Tabela 7*), trinta e sete ($n = 37$) inquiridos referiram viver sozinhos (35,9%), sendo que outros sessenta e seis ($n = 66$) afirmaram viver acompanhados (64,1%). De entre aqueles que afirmaram viver acompanhados, a maioria vivia com o/a esposo/a ($n = 40$).

Tabela 7. Caracterização dos inquiridos relativamente às pessoas com quem viviam antes da institucionalização

Figura(s) de companhia	Número de Respostas	Percentagem (%)
Esposo/a	40	60,6
Filho(s)	14	21,2
Sogros	1	1,5
Irmãos	8	12,1
Tio	1	1,5
Neta	1	1,5
Genro	1	1,5

Avaliámos, também, a resposta social da qual a população dispunha, no momento da administração do questionário por nós utilizado neste estudo, assim como o motivo da sua institucionalização. Constata-se, desta forma, que a maior parte da população idosa inquirida frequenta o “Lar de idosos” (82,5%) e que uma pequena percentagem frequenta, por sua vez, o “Centro de Dia” (17,5%). A maior parte dos inquiridos refere também terem sido os “motivos familiares/pessoais” que justificaram a institucionalização (67%), com os restantes a indicarem motivos de saúde ou dificuldades de locução (“questões clínicas” [incapacidade física]) para este processo.

Para terminar a caracterização da nossa amostra, importa referir que, quando inquiridos relativamente à profissão desempenhada antes da reforma, quase todos os participantes referiram ter laborado em setores manuais (94,2%) e os restantes (5,8%) desempenharam profissões de cariz intelectual. São os idosos que desempenharam a função no setor da agricultura (n = 45) aqueles que ocupam um lugar de maior representatividade amostral, no que concerne à variável em questão.

Procurando dar resposta à hipótese levantada, foram realizados testes estatísticos com as diferentes variáveis de cariz sociodemográfico: *testes t de student* para amostras independentes, para quando considerávamos dois grupos de respondentes relativamente a uma variável e testes *ANOVA one-way* para quando considerávamos variáveis com três ou mais grupos amostrais, quando se verificavam os pressupostos de normalidade que sustentavam a utilização deste tipo de testes paramétricos. Para todas as variáveis onde estes pressupostos não foram verificados, utilizou-se um teste de *Kolmogorov-Smirnov*, que nos indicou que a distribuição para todas as variáveis nas quais os pressupostos não se verificaram exigiam a utilização de testes não paramétricos.

Assim, recorreremos, neste caso, ao teste de *Mann-Whitney*, quando pretendíamos comparar dois grupos de respondentes em relação a uma variável e testes de *Kruskal-Wallis*, quando queríamos analisar as diferenças entre três ou mais grupos de respondentes. Os testes estatísticos não provaram a existência de diferenças estatisticamente significativas, nem relativamente à *SWLS* nem à *PANAS-VRP*.

Não se registou a existência de quaisquer *outliers* significativos nas variáveis sociodemográficas em estudo.

Hipótese 2: O Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro é diferente segundo as variáveis Clínicas.

Levando em consideração as variáveis clínicas apresentamos algumas análises descritivas que nos permitirão compreender a população estudada, relativamente a estas variáveis em específico.

Começando pela perceção como os inquiridos avaliam o seu estado geral de saúde (*Tabela 8*), é possível constatar que a maioria dos participantes acredita que o seu estado de saúde é intermédio (“não é boa nem má”), com cinquenta e oito participantes ($n = 58$) a assinalarem esta opção (56,3%). Seguidamente, trinta e dois utentes (31,1%) referiram ter uma “boa saúde” e seis utentes (5,8%) referiram ter uma “má saúde”. Por fim, outros seis utentes (5,8%) referiram ter uma saúde “muito má” e apenas um utente (1%) referiu ter uma saúde “muito boa”.

Tabela 8. Caracterização dos inquiridos relativamente à avaliação do "Estado Geral de Saúde"

Estado de Saúde	Número de Respostas	Percentagem (%)
Muito Bom	1	1
Bom	32	31,1
Nem Bom nem Mau	58	56,3
Mau	6	5,8
Muito mau	6	5,8

Ainda no seguimento desta avaliação do estado de saúde dos participantes, conseguimos perceber que a maior parte dos respondentes refere não possuir qualquer patologia significativa (55,3%), contudo uma considerável parte dos participantes assume possuir, à data da participação neste estudo, uma patologia significativa (44,7%).

De entre os participantes que referiram ter uma patologia significativa, foi a “Diabetes Mellitus” a resposta assinalada mais vezes, de entre o leque de respostas propostas no questionário. com 28,2% das respostas, seguida pela hipertensão arterial sistémica (6,8%). Espaço ainda para os participantes que assinalaram outras patologias não previamente especificadas, que compõe 29,1% das respostas assinaladas.

Ainda atentando no grupo de participantes que refere ter uma patologia significativa, é possível constatar que a maior parte (95,7%) dos participantes respondeu positivamente à pergunta “sabe há quanto tempo tem a patologia presente”. Este resultado demonstra assim que os idosos inquiridos ainda têm uma noção da realidade no que concerne ao seu estado de saúde. De forma geral, o grupo de utentes que apresenta uma patologia específica refere tomar medicação específica para a mesma (97,8%), com apenas um dos respondentes (2,2%) a dizer que não administra qualquer tipo de medicação para a sua patologia específica.

Para testar a hipótese apresentada, precedeu-se de forma semelhante àquilo que fizemos na hipótese anterior, recorrendo aos *testes t* de *student* para amostras independentes e à *ANOVA one-way*, para variáveis onde considerávamos, respetivamente, grupos com dois ou mais grupos de respondentes, caso se verificassem os pressupostos de normalidade da distribuição e as versões não paramétricas destes testes, o *Mann-Whitney* e o *Kruskal-Wallis*, para todas as outras variáveis que não cumpriam estes requisitos e cujos valores do teste *Kolmogorv-Smirnov* nos requeriam a utilização de testes não-paramétricos. Os resultados obtidos através da utilização destes testes não nos permitem, contudo, rejeitar a hipótese nula, ditando as diferenças observadas como não sendo, para o grupo amostral em questão e nas condições experimentais propostas, estatisticamente significativas.

Não se verificou a existência de quaisquer *outliers* significativos, quando se tomou em consideração as variáveis de teor clínico.

Hipótese 3: O Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro é diferente segundo as variáveis Comportamentais.

A amostra seleccionada para efeitos de estudo foi também avaliada tendo em conta algumas variáveis comportamentais. Procurou-se, portanto, perceber de que forma as diferenças apresentadas pelos respondentes nestas variáveis em específico justificariam diferentes expressões de bem-estar subjetivo, avaliado pela *SWLS* e pela *PANAS*.

Quando lhes foi pedido para avaliar o seu próprio nível de atividade (*Tabela 9*), é possível constatar que a maior parte dos inquiridos preferiu não se comprometer com uma resposta positiva ou negativa, optando por dizer que eram “mais ou menos” ativos 51,4% (n=53). Ainda assim, uma margem considerável de utentes contrariou esta tendência, afirmando-se como pessoas ativas, 44,7% (n=46), face a uma pequena minoria que se considerava mais passiva, 3,9% (n=4).

Tabela 9. Caracterização dos inquiridos relativamente à sua perceção acerca do seu nível de "Atividade"

O Utente é Ativo	Número de Respostas	Percentagem (%)
Sim	46	44,7
Não	4	3,9
Mais ou Menos	53	51,4

Foi também avaliado o nível de sociabilidade dos inquiridos (*Tabela 10*), tendo sido pedido aos próprios que nos indicassem caso se consideravam pessoas sociáveis ou não. Oitenta e sete utentes (n = 87) da amostra consideram-se sociáveis (84,5%). Apenas dezasseis utentes (n = 16) referiram ser “mais ou menos” sociáveis (15,5%).

Tabela 10. Caracterização dos inquiridos relativamente à sua perceção acerca do seu nível de "Socialização"

O Utente é Sociável	Número de Respostas	Percentagem (%)
Sim	87	84,5
Mais ou Menos	16	15,5

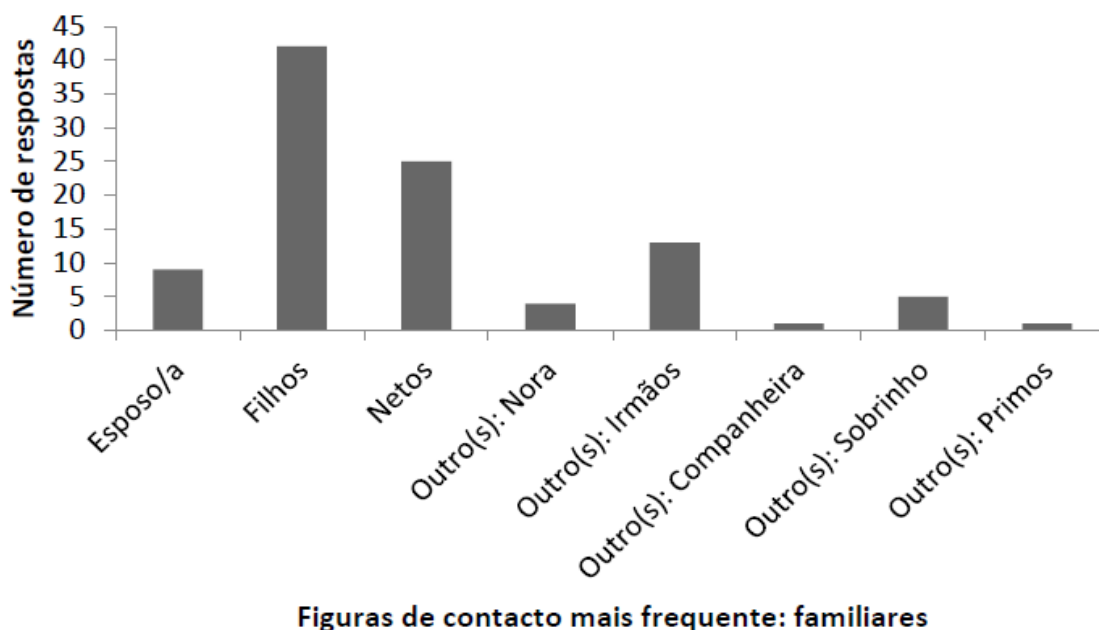
O contacto (telefónico e/ou presencial) mantido pelos participantes da amostra com os seus familiares (*Tabela 11*) foi também tido em consideração para efeitos de estudo. Conseguimos assim perceber que apenas dois inquiridos (n= 2) não mantêm, à data da sua participação neste estudo, contacto com a sua família, afirmando a maioria dos inquiridos manter algum tipo de contacto com estas figuras (84,5%). Inquiridos a respeito da frequência deste contacto, percebemos que este acontece maioritariamente com uma cadência semanal (38,8%) e diária (29,1%), verificando-se contudo casos de inquiridos que acabam por manter este contacto mensalmente (17,5%).

Tabela 11. Caracterização dos inquiridos relativamente à "Frequência do Contacto com a Família"

Frequência	Número de Respostas	Percentagem (%)
Diariamente	30	29,1
Semanalmente	40	38,8
Mensalmente	18	17,5
Outro	11	10,7

Por fim, procurámos perceber quais eram as figuras familiares com quem os utentes mais estabeleciam contacto (*Gráfico 2*), podemos referir que os “filhos” são quem, de forma geral, garantiu mais respostas por parte dos nossos inquiridos (42,4%). Seguem-se os netos (25,3%) e a opção “outros”, onde os participantes assinalaram outras respostas que não aquelas de que dispunham no questionário (“Esposo/a”, “Filhos” e “Netos”). Neste sentido, doze utentes (n = 12) nomearam os seus irmãos, cinco (n = 5) escolheram os sobrinhos como figura de contacto familiar, quatro (n=4) referiram a “nora”, e outros dois utentes referiram a “companheira” (n=1) e os “primos” (n=1).

Gráfico 2. Caracterização dos inquiridos relativamente aos "Familiares" com quem estabelecem mais contacto



Realizámos os mesmos testes estatísticos que havíamos utilizado anteriormente (*teste t de student* para amostras independentes e *ANOVA one-way* para amostras emparelhadas, quando os pressupostos para a utilização de testes paramétricos foram verificados, e os testes de *Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis*, quando a distribuição das variáveis e os respetivos valores de significância dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* nos exigiam a utilização de testes não-paramétricos), para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de respondentes relativamente às variáveis comportamentais.

Contrariamente àquilo que se verificou com as outras variáveis sociodemográficas e clínicas, foi possível verificar a influência de uma das variáveis comportamentais no nível de afetividade da população estudada. Tal acontece quando se perguntou aos idosos se “se considerariam ativos” e se constata que existem diferenças significativas nas respostas dadas por estes na subescala *PANAS-VRP* Afeto Negativo, segundo os valores do teste estatístico *Kruskall-Wallis*, $\chi^2(2) = 6,285$, $p = ,043$. Testes adicionais foram realizados para perceber a origem destas diferenças, percebendo-se que elas residem nas respostas dadas pelos participantes que se consideram utentes ativos ($M = 46,48$) e aqueles que não se consideram utentes ativos ($M = 82,75$), com clara vantagem para os respondentes que não se consideram ativos, obtendo valores mais elevados na subescala de afeto negativo da *PANAS-VRP*, cuja diferença foi verificada através dos valores do teste de *Mann-Whitney* ($U = 27,500$, $Z = -2,329$, $p = ,020$). Não se verificou a existência de quaisquer *outliers* significativos neste conjunto de variáveis.

Passamos de seguida ao capítulo VI que contém a Discussão e Conclusão dos resultados obtidos.

Capítulo III – Discussão dos Resultados

3.1 Discussão

O envelhecimento da sociedade é bastante evidente e este facto está por detrás de várias razões. Assim a população idosa é cada vez mais frequente nos tempos que correm. Por isso importa muito saber se os nossos idosos têm um bom final de vida, não unicamente em termos quantitativos (esperança média de vida) mas também qualitativos (ex. Bem-Estar Subjetivo). Quer isto dizer, perceber se a vida que têm é produtiva, favorável, se estão de bem perante a vida, ou seja, se o seu nível de bem-estar subjetivo é satisfatório, envolvendo este a satisfação com a vida e a presença de afetos, que se pretendem mais positivos do que negativos.

A institucionalização é claramente um fenómeno bastante frequente nos idosos e que em muito poderá afetar as suas vidas, a diversos níveis, como foi também aqui descrito. Contudo importa não esquecer, que embora a literatura nos revele várias consequências que este processo de institucionalização pode trazer ao idoso, a verdade é que os Lares são uma segunda casa para muitos idosos, um lugar para onde podem ir, quando já não têm outra saída, por isso mesmo o Lar acaba por se tornar um lugar de abrigo/refúgio, ou seja, um local que os acolhe os idosos e lhes presta os cuidados de que necessitam e que muitas vezes não conseguem obter de uma outra forma.

Assim recolhidos e analisados os dados estatísticos, importa debruçar-nos e refletir sobre os mesmos. Deste modo, conseguimos perceber que, contrariamente àquilo que havíamos previamente estabelecido, não nos foi possível rejeitar a hipótese nula, nas três hipóteses que delineámos para este estudo, com a amostra selecionada.

Assim e de uma forma geral, não nos foi possível estabelecer uma relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais da população participante, com o seu bem-estar subjetivo, ditado pelos valores da escala *SWLS* e *PANAS-VRP*, percebendo de que forma a amostra diferia em relação a estas, mesmo que os valores de Bem-Estar Subjetivo declarados pela nossa amostra tenham sido consideravelmente elevados.

Tais resultados parecem surpreendentes, à partida, contrariando aquilo que se havia verificado noutros estudos, com uma amostra de características demográficas semelhantes, utilizando, para o mesmo efeito, as mesmas escalas, onde foi possível aferir positivamente o impacto das variáveis em estudo no bem-estar subjetivo da população idosa (Larson, 1978; Pinguart & Sørensen, 2000; Guedea et al., 2006). Contudo, é também possível constatar, pela análise desses mesmos estudos, que nem sempre as variáveis sociodemográficas foram boas preditoras do bem-estar subjetivo, na população (ex. Nunes, 2009). O mesmo verifica-se em relação às variáveis clínicas, existindo registos bibliográficos que nos demonstram que, em determinadas circunstâncias, as variáveis clínicas não se demonstraram, de igual forma, como elementos de distinção significativa e preditoras do BES da população idosa (Fernandes, 2011).

No entanto em relação as variáveis clínicas, contrariando esta perspetiva e na ótica de outros autores, os idosos ao apresentarem boas condições de saúde, têm tendência a avaliar de forma mais positiva o seu bem-estar, devido ao contraste evidente da sua condição, com a dos que se encontram em piores condições (Chatters, 1988; citado por Guedea et al., 2006). Spirduso (2005) também nos refere que a saúde está fortemente relacionada com o BES. No que concerne às variáveis sociodemográficas existe um amplo consenso na literatura ao afirmar que as mesmas não podem por si só explicar o BES do idoso. Um estudo realizado com idosos concluiu que os dados sociodemográficos, como a idade, o sexo, a educação e o estado civil são considerados como pouco consistentes no BES (Diener 1984; Ellison, 1991; Haring-Hidore et al., 1985; Pinguart e So Rensen, 2001; citados por Peterson, Chatters, Taylor & Nguyen, 2013).

Uma revisão de literatura realizada pelos autores Oliveira, Queiroz e Costa (2012) e que objetivou analisar os fatores de bem-estar subjetivo na terceira idade também concluiu que variáveis isoladas, tais como o sexo, a idade, o estado civil, o ambiente em que se vive, a prática de atividade física, não podem por si só explicar as sensações de bem-estar subjetivo que são vivenciadas pelos idosos.

Podemos então concluir que fatores sociodemográficos como o sexo, a raça, a educação, a renda e o estado civil, exercem pouca influência sobre o BES. Raramente explicam mais de 10% da variância no equilíbrio dos afetos ou na satisfação com a vida. Sendo que a renda e o nível de escolaridade são os que mais podem influenciar o BES (Andrews e Robinson, 1991; Bohlander, 1999; citados por Guedea et al., 2006). Spirduso (2005) também nos refere que o BES do idoso é pouco influenciado pelas variáveis sociodemográficas, sugerindo que ele não é alterado ou diminuído de forma independente, mas sim de forma indireta e essas alterações não são unicamente decorrentes do envelhecimento.

No entanto podemos ressaltar que a inclusão da análise de aspectos biopsicossociais (ex. saúde, apoio familiar, interação social, autonomia e independência) pode ajudar numa melhor compreensão do bem-estar subjetivo na velhice.

Como nos refere e bem a literatura, entre os adultos mais velhos, o BES pode estar ligado a outros fatores, que não os presentes neste estudo. Pinquart e Sorensen (2000) citados por Peterson, Chatters, Taylor e Nguyen (2013), numa meta-análise dos correlatos de BES entre idosos descobriram que as pessoas com maior *status* sócio-econômico, maior envolvimento em redes sociais, e maior competência relataram melhor satisfação com a vida, maior auto-estima e maior felicidade, logo, maior nível de BES. O que por sua vez significa que também poderão haver outros aspectos que poderão influenciar o BES, sem ser os presentes neste estudo.

O sistema de apoio do idoso, o ser aceite pela comunidade, a afetividade, a descrição positiva do casamento e as condições familiares que reforçam a percepção do convívio social e familiar, são todo um conjunto de aspetos que também poderão influenciar o BES do idoso (Joia, Ruiz & Donalísio, 2007). O suporte social aparece também como um forte preditor do BES do idoso, na ótica de vários autores que foram sendo referidos nesta investigação.

Assim em forma de conclusão podemos referir que existem um conjunto de ferramentas que poderão ser úteis para a promoção do bem-estar subjetivo do idoso institucionalizado. Torna-se importante que quem trabalha diariamente com idosos nas instituições, se preocupe com eles de uma forma holística, encarando-os como seres biopsicossociais e por isso mesmo procurar responder a todas estas vertentes para, deste modo, poder-mos contribuir a favor do bem-estar subjetivo dos nossos idosos. Uma palavra amiga, um gesto caloroso, uma empatia e escuta constantes e uma demonstração de apoio e segurança ao idoso, constituem-se como boas estratégias que em muito poderão ser úteis no dia-a-dia de quem lida com idosos institucionalizados, fazendo desta forma toda a diferença no cuidado ao idoso e promovendo assim o seu BES.

Face ao exposto avançamos para a conclusão da presente investigação, sendo que na mesma iremos refletir acerca das principais conclusões que podemos obter deste estudo, bem como as barreiras e limitações que o mesmo nos colocou. E neste sentido apresentamos algumas sugestões para esta população específica, tendo em conta os resultados obtidos. Numa fase mais à frente será também apresentada uma Proposta de Intervenção (Anexo IV) que procurará responder às necessidades e limitações deste estudo, bem como tentar causar efeito positivo na nossa variável dependente, ou seja, o Bem-Estar Subjetivo.

Capítulo IV- Conclusões do Estudo

4.1 Conclusões

O presente estudo permitiu concluir que embora a literatura nos revele que o idoso institucionalizado encontra-se mais fragilizado e com sentimentos deprimentes, no entanto neste caso concreto os níveis de bem-estar subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro encontraram-se elevados. No entanto este resultado, como foi já referido, não poderá ser claramente afirmado, visto uma das escalas (*PANAS-VRP*) não ter apresentado o valor de confiança esperado, o que de se certa forma nos limita na análise e conclusão dos resultados obtidos.

Concluiu-se também do estudo que, de uma forma geral, as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais não exerceram uma relação estatística significativa com o bem-estar subjetivo do idoso, resultado este também apoiado por diversa literatura, a qual nos menciona que, geralmente, este tipo de variáveis apresenta pouca influência no BES, principalmente no que concerne às variáveis sociodemográficas.

De facto, antes de começarmos a realizar este estudo, foi necessário perceber de que forma poderíamos avaliar o bem-estar subjetivo da população em questão, e a maior parte, senão a totalidade da bibliografia existente sobre o tema, apontava para a utilização das escalas propostas, ou seja, da *PANAS-VRP* e da *SWLS*, sendo as mais utilizadas quando se pretende avaliar o Bem-Estar Subjetivo, existindo mesmo literatura que prova a sua eficácia junto de população idosa institucionalizada (ex. Costa, 2013).

Contudo, o baixo valor de confiança de uma das escalas (*PANAS-VRP*), alertou-nos para um daqueles que considerámos ter sido um dos principais elementos de “ruído” neste estudo: as barreiras linguísticas e intelectuais poderão ter afetado, largamente, a capacidade de compreensão dos inquiridos e, dessa forma, atentado contra a validade das respostas aos questionários.

Diz-nos a literatura que não é possível fazer uma avaliação do bem-estar subjetivo, construto complexo e de difícil acesso, sem a conjugação das duas escalas e de outros fatores (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Larsen, Diener, & Emmons, 1985; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991; Kercher, 1992; Diener & Suh, 1997; Diener, Lucas & Oishi, 2002), pelo que não podemos, tão simplesmente, abdicar dela. Mas este baixo valor poderá indicar que será necessária uma nova abordagem para um efetivo estudo sobre o tema junto da amostra selecionada.

Neste contexto, se atentarmos na amostra por nós escolhida, conseguimos perceber que a grande maioria era composta por idosos com baixa escolaridade, ou mesmo sem qualquer nível de escolaridade, fatores que, à partida, poderão colocar em risco a validade de uma recolha de dados quantitativa. Para além disso, e em particular quando se utilizou a escala *PANAS-VRP*, várias vezes, surgiu uma interrogação por parte dos idosos relativamente a termos utilizados nessa mesma escala, surgindo a necessidade de se ter de explicar, por outras palavras, aquilo que lhes estava a ser perguntado, correndo-se o risco de, dessa forma, enviesar as suas respostas.

Assim, acreditamos que, para este tipo de amostra, um estudo de carácter quantitativo acaba por não fazer tanto sentido. Se estamos a lidar com sujeitos com maior dificuldade de compreensão e de comunicação, dado não só o seu nível literário, mas também o seu estado de saúde e condicionantes físicas e psicológicas, impostas pelo avançado da sua idade, não seria melhor optar por uma abordagem qualitativa?

Optando por uma avaliação qualitativa, seria importante utilizar uma equipa multidisciplinar, constituída por um(a) Assistente Social, um(a) Psicólogo(a) e um(a) Enfermeiro(a), que pudesse, em diferentes momentos, avaliar o bem-estar subjetivo dos participantes, podendo, para isso, usar de entrevistas com guião semi-estruturado, onde avaliariam o bem-estar subjetivo dos participantes, contornando, dessa forma, as limitações impostas por um estudo de teor quantitativo e as escalas que habitualmente utilizámos para auscultar este aspeto do funcionamento individual.

Estamos convictos de que, com pequenas mudanças no sentido da aproximação da nossa forma de recolha de dados das necessidades e capacidades da nossa amostra, atendendo às suas características, traria frutos e nos permitiria a obtenção de dados com maior qualidade. Nem sempre os resultados poderão ir de encontro àquilo que esperamos deles, e muitas vezes são os “resultados surpreendentes” que nos indicam que está na hora de “mudar a rota” e trilhar novos caminhos e formas de avaliação. Esperamos, desta forma, que este estudo contribua para essa linha de pensamento, permitindo que, no futuro, a recolha de dados junto desta população se revista de (ainda) maior relevância e interesse para os futuros investigadores que se debruçam sobre o tema.

Face ao exposto apresentamos em anexo (Anexo IV) uma Proposta de Intervenção, que se enquadra no desenvolvimento deste estudo, procurando deste modo, responder às limitações e barreiras que o mesmo nos colocou. Com esta proposta de intervenção pretende-mos também promover efeito positivo na nossa variável dependente, ou seja, o Bem-Estar Subjetivo. Para isso propomos o uso de duas ferramentas que consideramos ser importantes para a promoção do bem-estar subjetivo do idoso institucionalizado, são elas a Comunicação Terapêutica e a Relação de Ajuda.

Neste contexto Phaneuf (2005) refere que a Comunicação e a Relação de Ajuda são considerados fatores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação uma ferramenta de base para a instauração de uma relação de ajuda. Esta relação tem por objetivo dar à pessoa a possibilidade de identificar, sentir, escolher e decidir se ela quer e/ou deve mudar. Esta autora defende ainda que na relação de ajuda, um dos intervenientes deve procurar promover no outro a mobilização dos recursos internos ou externos.

Uma Comunicação eficaz é assim um elo muito importante para criar uma boa relação de ajuda com a pessoa, de modo que, a maneira como se estabelece a comunicação irá resultar, numa resposta eficaz ou ineficaz, em determinadas situações. Toda a relação de ajuda implica, de forma necessária, um processo de relação interpessoal (Maldonado, 2012).

A Relação de Ajuda aliada a uma boa Comunicação, constituem-se como elementos fulcrais e indiscutíveis na atividade dos cuidadores, pois exercem um papel central na resposta às necessidades concretas de cada idoso, dado que o cuidador está totalmente voltado para o outro, para a sua situação e para o seu sofrimento. Trata-se de uma troca entre seres, tanto verbal como não-verbal, que ultrapassa a superficialidade favorecendo a criação de um clima de compreensão e apoio de que a pessoa idosa tem necessidade.

Dá-mos assim por finalizada a presente investigação, terminando com uma expressão da autoria de Alves (2003, p.11) que pensamos ser importante para reflexão de todos os profissionais e cuidadores que lidam diariamente com idosos nas instituições.

Os cuidados a prestar à pessoa idosa, são os mesmos que a qualquer grupo etário. Cuidar dos idosos não é só "tomar conta", é prestar cuidados e preocupar-se com eles. Dar conforto e apoio em momentos de ansiedade e solidão. Saber comunicar com eles e ajudá-los, identificando os problemas através de uma vigilância contínua mas com uma sensibilidade consciente do direito de privacidade de cada indivíduo.

Bibliografia

- Abdel-Khalek, A.M. (2010). Quality of life, Subjective Well-Being, and Religiosity in Muslim College Students. *Quality of Life Research*, 19(8), 1133-1143.
- Adams, D.L. (1969). Analysis of a Life Satisfaction Index. *Journal of Gerontology*, 24, 470-474.
- Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164.
- Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Almeida, A. J. P. d. S., & Rodrigues, V. M. C. P. (2008). The Quality of Life of Aged People Living in Homes for the Aged. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 1025-1031.
- Alvarenga, A. (2000). *Os Envelhecimentos - População e suas Consequências na Zona Euro II*. Lisboa: Departamento de Perspetiva - Ministério da Educação.
- Alves, A. (2003). *A Importância da Comunicação no Cuidar do Idoso*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Anderson, D. R., Sweeney, D. J. & Williams, T. (2007). *Estatística Aplicada à Administração e Economia* (2. ed.). São Paulo: Editora Cengage Learning.
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976). *Social Indicators of Well-Being*. New York: Plenum Press.

- Aspinwall, L.G. & Taylor, S.E. (1992). Modeling Cognitive Adaptation: a Longitudinal Investigation of the Impact of Individual Differences and Coping on College Adjustment and Performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 989-1003.
- Barreto, A. (2002). *Mudança Social em Portugal 1960/2000*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Barros, C.L. (2006). *Bem-Estar Subjetivo, Atividade Física e Institucionalização em Idosos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Porto.
- Barros, F. (2011). *Bem-Estar, Suporte Social e Adaptação à Institucionalização do Idoso*. Chba: Enfermeiro.
- Bermejo, J. (2004). *La Relación de Ayuda a la Persona Mayor*. Madrid: Centro de Humanización de la Salud (Religiosos Camilos) & Cantabria, Editorial Sal Terrae.
- Born, T. (2002). Cuidado ao Idoso em Instituição. In Papaléo Neto, M. et al. (Orgs.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, p. 403-413.
- Bradburn, N. M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Publishing.
- Brito, P. (2001). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares e Idosos*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Cabral, M. & Ferreira, P. (2013). *O Envelhecimento Ativo em Portugal: Trabalho, Reforma, Lazer e Redes Sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Cabral, M.; Ferreira, P.; Silva, P.; Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campbell, A., Convergence, P. E. & Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of American life*. New York: Russell Stage Foundation.
- Cantril, H. (1967). *The Pattern of Human Concerns*. New Burnswick: Rutgers University Press.
- Capitanini, M. & Neri, A. (2008). Sentimentos de Solidão, Bem-Estar Subjetivo e Relações Sociais em Mulheres Idosas Vivendo Sozinhas. In A. Neri, M. Yassuda (orgs.) & M. Cachioni (colab.). *Velhice Bem-Sucedida, Aspectos Afetivos e Cognitivos* (3ª ed.). São Paulo: Papirus Editora.
- Cardoso, M. C. S. & Ferreira, M. C. (2009). Envolvimento Religioso e Bem-Estar Subjetivo em Idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29 (2), 380-393.
- Carmo, H., Rangel, J., Ribeiro, N. & Araújo, C. (2012). Idoso Institucionalizado: o que Sente, Percebe e Deseja?. *Rbceh, Passo Fundo*, 9 (3), 330-340.
- Carneiro, R. (2011). Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo na Terceira Idade. *Labore, Polêmica: Revista Eletrônica*, 10 (4), 624-630.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161 - 184.
- Carvalho, P. (2012). Etapas do Processo de Envelhecimento. In C. Moura (Ed.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento - Intervenção para um Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Cláudia Moura.

- Chalise, H.N., Saito, T., Takahashi, M. & Kai, I. (2007). Relationship Specialization Amongst Sources and Receivers of Social Support and its Correlations with Loneliness and Subjective Well-Being: a Cross Sectional Study of Nepalese Older Adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(3), 299-314.
- Cordeiro, L. M., Paulino, J. d. L., Bessa, M. E. P., Borges, C. L., & Leite, S. F. P. (2015). Qualidade de Vida do Idoso Fragilizado e Institucionalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28, 361-366.
- Cortelletti, I., Casara, M. & Herédia, V. (2004). *Idoso Asilado - Um Estudo Gerontológico*. Brasil: Educ e Edipucrs.
- Costa, A. (2013). *Bem-Estar Subjetivo- Validação das Escalas PANAS E SWLS a uma Amostra de Idosos Portugueses Institucionalizados* . Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Costa, P. & McCrae, R.R. (1980). Influence of Extraversion and Neuroticism on Subjective Well-Being: Happy and Unhappy People. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668-678.
- Cruz, S. (2003). *Bem-Estar Subjetivo em Adultos Idosos*. Dissertação de Mestrado, PUC, Campinas.
- Davidoff, L. (2000). *Introdução à Psicologia* (3ª ed). Makron Books.
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale (SWLS). *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E. & Lucas, R. F. (2000). Subjective Emotional Well-Being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Orgs.), *Handbook of Emotions* (p. 325-337). New York: Guilford.

- Diener, E., Lucas, R. & Oishi, S. (2002). Subjective Well-being. In Snyder, C., Lopez, S. (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (p. 63-70). New York: Oxford University Press.
- Diener, E. & Oishi, S. (2005). The Nonobvious Social Psychology of Happiness. *Psychological Inquiry*, 16(4), 162-167.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, Culture and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Scollon, C. N. & Lucas, R. E. (2003). The Involving Concept of Subjective Well-Being: The Multifaceted Nature of Happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.
- Diener, E. & Seligman, M.E.P. (2002). Very Happy People. *Psychological Science*, 13(1), 81-84.
- Diener, E., Suh, M. (1998) Subjective Well-Being and Age: an International Analysis. In Schaie, K. & Lawton, M. (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Emotion and Adult Development* (p. 304-325) New York: Springer Publishing Company.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. & Smith, H.L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa N°13/DGCG, de 02/07/2004. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, DGS.

- Duarte, L. (2014). O Processo de Institucionalização do Idoso e as Territorialidades: Espaço como Lugar?. *Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento*, 19 (1), 201-217.
- Eid, M. & Larsen, R. J. (Eds.). (2008). *The Science of Subjective Well-Being*. New York: Guilford Press.
- Fernandes, F. S. (1997). *As Pessoas Idosas na Legislação Brasileira: Direito e Gerontologia*. São Paulo: Ltr.
- Fernandes, M. (2011) *Relação entre Bem-Estar Subjetivo, Saúde Física e Mental do Idoso sob Resposta Social*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Ferrer, A. (2009). Psicología de la Vejez. Comportamiento y Adaptación. In Ballesteros, R. (Ed.). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fischer, R. & Van de Vliert, E. (2011). Does Climate Undermine Subjective Well-Being? A 58-Nation Study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(8), 1031-1041.
- Fonseca, A. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento, uma Abordagem Psicológica* (2ª ed). Lisboa: Universidade Católica.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M.F. (2000). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*. Loures: Lusociência.

- Franchi, K. & Montenegro, R. (2005). Atividade Física: uma Necessidade para a Boa Saúde na Terceira Idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18 (3), 152-156.
- Galinha, I., Pereira, C. & Esteves, F. (2014). Versão Reduzida da Escala Portuguesa de Afeto Positivo e Negativo – PANAS - VRP: Análise Fatorial Confirmatória e Invariância Temporal. *Psicologia*, 28 (1), 53-65.
- Gomez, V., Krings, F., Bangerter, A. & Grob, A. (2009). The Influence of Personality and Life Events on Subjective Well-Being from a Life Span Perspective. *Journal of Research in Personality*, 43(3), 345-354.
- Green, D., Goldman, S. & Salovey, P. (1993). Measurement Error Masks Bipolarity in Affect Ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1029-1041.
- Greene, K.V. & Yoon, B.J. (2004). Religiosity, Economics and Life Satisfaction. *Review of Social Economy*, 62, 245-261.
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B. d., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308.
- Gurin, G., Veroff, J. & Feld, S. (1960). *American Views their Mental Health*. New York: Basic Books.
- Gutiérrez, J.L.G., Jiménez, B.M, Hernández, E.G. & Puente, C.P. (2005) Personality and Subjective Well-Being: Big Five Correlates and Demographic Variables. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1561-1569.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (1999). *As Gerações mais Idosas*. Lisboa: Série Estudos ISSN 0373-3162.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2016). *Estimativas Anuais da População Residente*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. Consultado a 17 de Junho de 2016, em: www.ine.pt.

Jacob, L. (2002). *Serviço para Idosos*. Consultado a 18 de Janeiro de 2016, em: <http://www.socialgest.pt>.

Jacob, L. (2013). *Animação de Idosos* (2ªed.). Lisboa: Mais Leituras.

Joia, L., Ruiz, T. & Donalísio, M. (2007). Condições Associadas ao Grau de Satisfação com a Vida entre a População de Idosos. *Rev. Saúde Pública*, 41 (1), 131-8.

Kercher, K. (1992). Assessing the Subjective Well-Being on the Old-Old: The PANAS as a Measure of Orthogonal Dimensions of Positive and Negative Affect. *Research on Ageing*, 14 (2), 131-168.

Khan, A. & Husain, A. (2010). Social Support as a Moderator of Positive Psychological Strengths and Subjective Well-Being. *Psychological Reports*, 106(2), 534-538.

Kirana, P.S., Rosen, R. & Hatzichristou, D. (2009). Subjective Well-Being as a Determinant of Individuals Responses to Symptoms: a Biopsychosocial Perspective. *The International Journal of Clinical Practice*, 63(10), 1435-1445.

Kozma, A., Stone, S. & Stones, M.J. (1997). *Stability in Components and Predictors of Subjective Well-Being*. Paper Delivered at the First Conference of the International Society of Quality of Life Studies: Charlotte, North Carolina.

Kutek, S.M., Turnbull, D. & Fairweather-Schmidt, A.K. (2011). Rural Men's Subjective Well-Being and the Role of Social Support and Sense of Community: Evidence for the Potential Benefit of Enhancing Informal Networks. *Australian Journal of Rural Health*, 19(1), 20-26.

- Land, K. C. (1975). Social Indicators Models: An Overview. In K. C. Land & S. Spilerman (Orgs.), *Social Indicator Models* (p. 5-36). New York: Russell Sage Foundation.
- Larsen, R. (1978) Thirty Years of Research on the Subjective Well-being of Older Americans. *Journal of Gerontology*, 33 (1), 109-125.
- Larsen, R., Diener, E. & Emmons, R., (1985) An Evaluation of Subjective Well-Being Measures. *Social indicators research*, 17 (1), 1-17.
- Larsen, R.J. & Eid, M. (2008). *The Science of Subjective Well-Being*. New York: Guilford.
- Lehr, U. (2008). *La Longevidad, un Reto para el Individuo y la Sociedad*. In Foro de la Sociedad Civil sobre Envejecimiento, celebrado em León, noviembre 2007. Madrid, Espanha: Imsero.
- Lever, J.P., Pinol, N.L.G. & Uralde, J.H. (2005). Poverty, Psychological Resources and Subjective Well-Being. *Social Indicators Research*, 73(3), 375-408.
- Lucas, R.E. & Diener, E. (2009). Personality and Subjective Well-Being. *Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*, 37, 75-102.
- Lucas, R., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant Validity of Well-Being Measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M. & Lucas, R.E. (2011). Subjective Well-Being and Adaptation to Life Events: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 592-616.
- Maldonado, A. (2012). La Comunicacion en la Relación de Ayuda al Paciente en Enfermería: Saber que Décir y qué Hacer. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(2), 147-157.

- Marin, M. J. S., Miranda, F. A., Fabbri, D., Tinelli, L. P., & Storniolo, L. V. (2012). Compreendendo a História de Vida de Idosos Institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15, 147-154.
- Marques, E. M. B. G., Serdio Sánchez, C., & Palacios Vicario, B. (2014). Percepção da Qualidade de Vida de um Grupo de Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV, 75-84.
- Martin, I., Gonçalves, D., Silva, A., Paul, C. & Pinto Cabral, F. (2007). Políticas Sociais para a Terceira Idade. In Osório, A. & Pinto, F. (Coord.). *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Menezes, O. & Nunes, L. (2014). *O Bem-Estar, a Qualidade de Vida e a Saúde dos Idosos*. Editorial Caminho.
- Minkov, M. (2009). Predictors of Differences in Subjective Well-Being across 97 Nations. *Cross Cultural Research*, 43(2), 152-179.
- Molina, P. & Tarrés, P. (2003). *Terapia Ocupacional en Geriatria: Principios y Práctica* (2ª ed.). Madrid: Masson.
- Moura, C. (2012). Conclusão. In C. Moura (Ed.). *Processos e Estratégias do Envelhecimento - Intervenção para um Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Cláudia Moura.
- Moura, C. (2012). Envelhecimento Ativo e Empowerment. In C. Moura (Ed.). *Processos e Estratégias do Envelhecimento - Intervenção para um Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Cláudia Moura.
- Neves, H. (2012). *Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde, Covilhã.

- Neri, A. (2008). O que a Psicologia tem a oferecer ao Estudo e à Intervenção no Campo do Envelhecimento no Brasil, Hoje. In A. Neri, M. Yassuda (orgs.) & M. Cachioni (colab.). *Velhice Bem-Sucedida, Aspectos Afetivos e Cognitivos* (3ª ed.). São Paulo: Papirus Editora.
- Neri, M.L. (2004). Velhice Bem-Sucedida: Aspectos Afetivos e Cognitivos. *Psico-USF*, 9 (1), 109-110.
- Neto, F., Barros, A. & Barros, J. (1990). Atribuição de Responsabilidade e Locus de Controlo. *Psiquiatria Clínica*, 11 (1), 47-54.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde*. Lisboa: Lidel.
- Nunes, C.H.S., Hutz, C.S. & Giacomoni, C.H. (2009). Associação entre Bem-Estar Subjetivo e Personalidade no Modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Avaliação Psicológica*, 8(1), 99-108.
- Nunes, L. (2009). *Promoção do Bem-Estar Subjetivo dos Idosos através da Intergeracionalidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Comunicação, Coimbra.
- Oh I-H, Lee JH, Park DC, Kim M, Chung JH, Kim SH & Yeo SG (2014). *Hearing Loss as a Function of Aging and Diabetes Mellitus: A Cross Sectional Study*. PLoS ONE 9(12): e116161. Doi:10.1371/journal.pone.0116161.
- Oishi, S., Kesebir, S. & Diener, E. (2011). Income Inequality and Happiness. *Psychological Science*, 22(9), 1095-1100.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (4ªed.). Livpsic.
- Oliveira, J. M. d., & Rozendo, C. A. (2014). Instituição de Longa Permanência para Idosos: um Lugar de Cuidado para quem não tem opção? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67, 773-779.

- Oliveira, S.F., Queiroz, M.I.N. & Costa, M.L.A. (2012). Bem-Estar Subjetivo na Terceira Idade. *Motricidade*, 8, 1038-1047.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2008). *Guia global: Cidade Amiga do Idoso*. Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002). *Active Ageing- A Policy Framework - A Contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Organização Mundial de Saúde: Madrid.
- Osório, A. & Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ªed.). Porto: Legis Editora.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. & Sandvik, E. (2010). Further Validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the Cross Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57 (1), 419-161.
- Pavot, W., Diener, E. & Fujita, F. (1990). Extraversion and Happiness. *Personality and Individual Differences*, 11(12),1299-1306.
- Perova, E.A. & Enikolopov, S.N. (2009). Optimism as a Component of Subjective Well-Being. *Voprosy Psikhologii*, 1, 51.
- Peterson, T. L., Chatters, L. M., Taylor, R. J., & Nguyen, A. W. (2013). Subjective Well-being of Older African Americans with DSM IV Psychiatric Disorders. *Journal of Happiness Studies*, 15(5), 1179–1196.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Pinazo, S., Lorente, X., Limón, R., Fernández, S. & Bermejo L. (2010). Envejecimiento y Aprendizaje a lo Largo de la Vida. In L. Bermejo (ed.), *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores* (p.3-10). Madrid, Espanha: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Pinquart, M., Sörensen, S. (2000) Influences of Socioeconomic Status, Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224.
- Pollit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quaresma, M. (2012). Prefácio – Processos e Estratégias de Envelhecimento Ativo - Ano Europeu do Envelhecimento Ativo. In C. Moura (Ed.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento - Intervenção para um Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Cláudia Moura.
- Quevedo, R.J.M. & Abella, M.C. (2010). The Role of Optimism and Social Support on Subjective Well-Being. *Salud Mental*, 33(1), 39-46.
- Ramos, L.R. (2003). Fatores Determinantes do Envelhecimento Saudável em Idosos Residentes em Centro Urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Caderno Saúde Pública*, 19(3), 793-798.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. Porto: Editora Livpsic.
- Ribeiro, H., Costa, E., Nave, F. & Sousa, C. (2014). Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado: Realidade Vivida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Algarve. *Revista Envelhecer*, 19, 409-422.

- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Ativo. In O. Ribeiro (coord.), *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Roemer, M.K. (2010). Religion and Subjective Well-Being in Japan. *Review of Religious Research*, 51(4), 411-427.
- Rogers, C. (1983). *Um Jeito de Ser*. São Paulo: E.P.U.
- Santos, S. R.; Costa, I. B.; Fernandes, M. G. M. & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de Vida do Idoso na Comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6), 757-764.
- Schimmack, U., Schupp, J. & Wagner, G.G. (2008). The Influence of Environment and Personality on the Affective and Cognitive Component of Subjective Well-Being. *Social Indicators Research*, 89(1), 41-60.
- Sequeira, A., & Silva, M.N. (2002). O Bem-Estar da Pessoa Idosa em Meio Rural. *Análise Psicológica*, 3 (20), 505-516.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel.
- Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (*SWLS*). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.
- Smedema, S.M., Catalano, D. & Ebener, D.J. (2010). The Relationship of Coping, Self-Worth, and Subjective Well-Being: A Structural Equation Model. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 53(3), 131-142.
- Spiriduso, W.W. (2005). *Dimensões Físicas do envelhecimento*. São Paulo: Manole.
- Squire, A. (2004). *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas- Fundamentos Básicos para a Prática*. Loures: Lusociência.

- Steel, P., Schmidt, J. & Shultz, J. (2008). Refining the Relationship Between Personality and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 134(1), 138-161.
- Suhail, K. & Chaudhry, H.R. (2004). Predictors of Subjective Well-Being in an Eastern Muslim Culture. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(3), 359-376.
- Tamer, N. & Petriz, G. (2007). A Qualidade de Vida dos Idosos. In Osório, A. & Pinto, F. (Coord.). *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Tellegen, A., Watson, D. & Clark, L. A. (1999). On Dimensional and Hierarchical Structure of Affect. *Psychological Science*, 10, 297-303.
- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The *PANAS* Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(6), 1063-1070.
- Watson, D. & Walker, L. (1996). The Long-Term stability and Predictive Validity of Trait Measures Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 556-577.
- Wills, E. (2009). Spirituality and Subjective Well-Being: Evidences for a New Domain in the Personal Well-Being Index. *Journal of Happiness Studies*, 10(1), 49-69.
- Wills-Herrera, E., Islam, G. & Hamilton, M. (2009). Subjective Well-Being in Cities: A Multidimensional Concept of Individual, Social and Cultural Variables. *Applied Research in Quality of Life*, 4(2), 201-221.
- Wilson, W. (1967). Correlates of Avowed Happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
- Woyciekoski, C., Stenert, F. & Hutz, C. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Revista Psico*, 43 (3), 280-288.

ANEXOS

**Anexo I- Autorização para a aplicação da Escala
SWLS e *PANAS***

SWLS E PANAS-VRP- Autorizações dos Autores das Escalas

Mensagem de Impressão do Outlook.com

<https://dub130.mail.live.com/ol/mail.nvc/PrintMessages?mkt=pt-br>

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

De: **Cristina Vieira** (vieira@fpce.uc.pt)
Enviada: sábado, 20 de fevereiro de 2016 23:50:43
Para: lucyfernandes25@hotmail.com

Cara Dra. Luciana:

Em nome do Doutor António Simões informo-a de que tem autorização para usar as referidas escalas, devendo no trabalho final citar devidamente as fontes.

Caso necessite do texto das escalas ou de algum artigo do Doutor António Simões, disponha.

Votos de bom trabalho.

Cumprimentos,
Cristina Vieira

Mensagem de Impressão do Outlook.com

<https://dub130.mail.live.com/ol/mail.nvc/PrintMessages?mkt=pt-br>

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

De: **Iolanda Costa Galinha** (iolandag@yahoo.com)
Enviada: quarta-feira, 20 de abril de 2016 11:21:39
Para: Luciana Fernandes (lucyfernandes25@hotmail.com)

Bom dia, Luciana Fernandes.

Autorizo a utilização da escala e desejo um excelente trabalho.

Cumprimentos.

Iolanda Costa Galinha Professora Associada em Psicologia - Universidade
Autónoma de Lisboa www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=5057768134630915

Anexo II- Consentimento Informado para a Recolha de Dados

Consentimento Informado e Declaração de Autorização para a Recolha de Dados

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente trabalho de investigação tem como principal objetivo avaliar o **Bem-Estar Subjetivo em Idosos Institucionalizados**. Para tal propomos aplicar um inquérito que nos permita avaliar o seu nível de **Bem-Estar Subjetivo** atual, para além de colocar também algumas questões de ordem sócio-demográfica, clínica e comportamental.

Para que o nosso objetivo de estudo possa ser alcançado a sua colaboração é fundamental.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através da aplicação de um simples inquérito. Estas informações são confidenciais, não serão reveladas a terceiros, nem publicadas individualmente.

A sua resposta ao inquérito é voluntária podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar no estudo intitulado: “**O Bem-Estar Subjetivo em Idosos Institucionalizados**”, desenvolvido pela Mestranda Luciana Fernandes, aluna do Mestrado em Envelhecimento Ativo da Escola Superior de Saúde de Bragança, sob a orientação da Professora Doutora Ana Galvão e do Professor Doutor Manuel Brás.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informado (a) do objetivo do estudo, que em linhas gerais é avaliar o *Bem-Estar Subjetivo em Idosos Institucionalizados*. Para tal a mestranda propôs a recolha de informação através da aplicação de um inquérito em que forneço informações sociodemográficas, clínicas e comportamentais a meu respeito e que permite avaliar também o meu nível de Bem-Estar Subjetivo atual, através da aplicação de duas escalas de avaliação, a Escala de Satisfação com a Vida (*SWLS*) e a Escala de Afetos Positivos e Negativos (*PANAS-VRP*). Assim a minha colaboração far-se-á pelo fornecimento de informações em resposta à aplicação deste questionário unicamente.

Fui informado (a) de que tenho total liberdade para recusar participar na resposta ao inquérito no seu decurso sem qualquer justificação e também, que será mantido o anonimato e confidencialidade na recolha de informação.

Local de pesquisa: _____, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora do local: _____

NOTA: O presente documento, é assinado em duas vias. Uma das vias ficará na posse da pesquisadora e a outra na posse dos próprios participantes da pesquisa.

Obrigada pela sua colaboração!!

Anexo III- Instrumento de Recolha de Dados

Mestrado em Envelhecimento Ativo

2º Ano - 2º Semestre

Instrumento de Recolha de Dados:

***“O Bem-Estar Subjetivo
em Idosos Institucionalizados”***

A Investigadora: Luciana Fernandes Nº 33229

Orientada por: Prof. Dra Ana Galvão e Prof. Dr Manuel Brás

Bragança, 2016

Instrumento de Recolha de Dados

De seguida vai encontrar um questionário dividido em quatro partes. A primeira parte (Parte I) contém um conjunto de questões *Sociodemográficas*, a segunda parte (Parte II) é constituída por questões de ordem *Clinica*, a terceira parte (Parte III) contém questões de ordem *Comportamental* e finalmente a quarta parte (Parte IV) é constituída por duas *Escalas* que pretendem avaliar o seu nível de *Bem-Estar Subjetivo*.

Por favor, dê a sua opinião da forma mais sincera possível. Não existem respostas mais ou menos desejáveis ou mais ou menos corretas, todas as opiniões são válidas e igualmente legítimas. É muito importante que preencha o questionário pela ordem apresentada e que responda a todas as questões colocadas. Em caso de dúvida, dê a resposta que mais se identifica ao seu modo de agir e/ou sentir.

O questionário demora cerca de **30 minutos** a preencher. Os dados recolhidos terão caráter **anónimo** e **confidencial** e serão apenas utilizados para fins da presente investigação.

Muito obrigada pela sua colaboração e disponibilidade!!

A investigadora: Luciana Fernandes

2016

Dados Sociodemográficos, Clínicos e Comportamentais do Inquirido

Utente N° _____

Lar de Idosos	
Concelho de Mogadouro	
Concelho de Miranda do Douro	

Nome do Lar: _____

Local do Lar: _____

PARTE I

Questionário de Determinantes Sociodemográficos

De seguida, encontrará um conjunto de questões, às quais deverá responder de forma breve, assinalando uma **cruz (X)** dentro do quadrado que mais se adequa ao seu caso, ou escrevendo no espaço disponível na folha.

1) Idade: _____ Anos

2) Sexo:

Feminino	
Masculino	

3) Estado Civil:

Solteiro	
Casado	
União de Facto	
Divorciado/Separado	
Viúvo	
Outro*	

* Outro: _____

4) Tem Família:

Sim*	
Não	

* Se respondeu “Sim” quais os elementos mais significativos da sua família:

Esposo e/ou Esposa	
Filhos	
Netos	
Outro (s)*	

* Outros (s): _____

5) Habilitações Literárias:

Não sabe ler nem escrever	
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	
1º Ciclo do Ensino Básico (1º ao 4º Ano)	
2º Ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º Ano)	
3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º Ano)	
Ensino Secundário (10º ao 12º Ano)	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

6) Resposta Social:

Centro de Dia	
Centro de Noite	
Lar de Idosos	

7) Local de Residência antes da institucionalização:

Casa de Familiares	
Casa Própria	
Outro*	

* Outro: _____

7.1) Vivia:

Sozinho	
Acompanhado*	

* Se respondeu que vivia “**Acompanhado**”, por quem? _____

8) Motivo de Institucionalização:

Questões Clínicas (Incapacidade Física)	
Questões Familiares e/ou Pessoais	
Outro (s)*	

* Outro (s): _____

9) Profissão (antes da reforma):

Manual	
Intelectual	

9.1) Especifique qual era a sua Profissão:

PARTE II

Questionário de Determinantes Clínicos

1) Como avalia o seu **Estado Geral de Saúde**:

Muito Bom	
Bom	
Nem Bom nem Mau	
Mau	
Muito Mau	

2) Apresenta algum tipo de **Patologia(s) Significativa(s)**:

Sim	
Não	

2.1) Se respondeu “**Sim**”, indique uma ou mais das patologias que estão presentes na seguinte grelha ou na linha em baixo se se tratar de outra situação que não se encontre presente na grelha:

Cataratas		Osteoartrose	
Diabetes Mellitus		Osteoporose	
Hipertensão Arterial Sistémica		Neoplasias	
Fibromialgia		Artrite reumatóide	
Outra (s)*			

* Outra(s): _____

2.1.1) Sabe à quanto **Tempo** tem essa (s) patologia (s):

Sim*	
Não	

* Se respondeu “**Sim**”, à quanto tempo: _____

2.1.2) Administra algum tipo de **Medicação Específica**:

Sim	
Não	

PARTE III

Questionário de Determinantes Comportamentais

1) No geral considera-se um **Utente Ativo** (Participa regularmente em atividades desenvolvidas dentro do lar):

Sim	
Não	
Mais ou Menos	

2) No geral considera-se um **Utente Sociável**:

Sim	
Não	
Mais ou Menos	

3) Costuma estabelecer **Contacto (presencial e/ou telefónico) com a sua Família**:

Sim	
Não	
Mais ou Menos	

3.1) Se respondeu “**Sim**” e/ou “**Mais ou Menos**”, com que frequência o faz:

Diariamente	
Semanalmente	
Mensalmente	
Anualmente	
Outro*	

*Outro: _____

3.1.1) Quais são os Familiares com quem estabelece Mais Contacto:

Esposo e/ou Esposa	
Filhos	
Netos	
Outro (s)*	

* Outro (s): _____

3.2) Se respondeu “Não” à questão nº 3, indique qual o Motivo para Não estabelecer Contacto com os seus Familiares:

PARTE IV

AVALIAÇÃO DO BEM ESTAR SUBJETIVO

1) *SWLS- Satisfaction With Life Scale* (Diener et al., 1985); (Escala de Satisfação com a Vida, versão portuguesa de Simões, 1992).

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá **Concordar** ou **Discordar**. Utilize a escala de 1 a 5 e marque uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) PANAS- Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark e Tellegen, 1988); (Escala de Afetos Positivos e Negativos, Versão Reduzida Portuguesa (VRP) de Galinha, Pereira & Esteves, 2014).

Encontra a seguir uma lista de palavras, que representam diferentes **Sentimentos e Emoções**. Indique o quanto experienciou esses sentimentos e emoções, nos últimos dias. Por favor, desenhe um círculo em volta do número que melhor indica a sua resposta.

Tabela 2. PANAS - Versão Reduzida Portuguesa.

PANAS-VRP					
Este questionário consiste num conjunto de sentimentos e emoções. Leia cada item e marque a resposta correta no espaço à frente de cada palavra, de acordo com as seguintes opções de resposta: 1 "Nada ou muito ligeiramente"; 2 "Um pouco"; 3 "Moderadamente"; 4 "Bastante"; 5 "Extremamente".					
Indique em que medida [<i>insere a instrução temporal de resposta apropriada</i>].					
	1 Nada ou muito ligeiramente	2 Um pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
Interessado/a	1	2	3	4	5
Nervoso/a	1	2	3	4	5
Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
Ameaçado/a	1	2	3	4	5
Inspirado/a	1	2	3	4	5
Ativo/a	1	2	3	4	5
Assustado/a	1	2	3	4	5
Culpado/a	1	2	3	4	5
Determinado/a	1	2	3	4	5
Atormentado/a	1	2	3	4	5

Notas: A PANAS pode ser usada com as seguintes instruções temporais de resposta: **Momento** (sente cada uma destas emoções neste momento, ou seja, no momento presente); **Hoje** (senti cada uma destas emoções, hoje); **Durante os últimos dias** (senti cada uma destas emoções, durante os últimos dias); **Semana** (senti cada uma destas emoções, durante a última semana); **Durante as últimas semanas** (senti cada uma destas emoções, durante as últimas semanas); **Ano** (senti cada uma destas emoções, durante o último ano); **Geral** (geralmente sente cada uma destas emoções, ou seja, como é que se sente em média).

FIM!!

Muito Obrigada!!

Anexo IV- Proposta de Intervenção

Proposta de Intervenção

Tema:

"O Bem-Estar Subjetivo em Idosos Institucionalizados"

Amostra do Estudo realizado- 103 idosos institucionalizados (n=103)

Com o objetivo de responder à temática central da investigação e assim tentarmos causar efeito positivo no Bem-Estar Subjetivo do idoso institucionalizado em Lares dos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro, propomos a realização do seguinte Plano de Intervenção.

Avaliação Inicial

Metodologia:

- Estudo de Caráter Qualitativo.
- Entrevista Clínica (Guião Semi-Estruturado) com vista à obtenção das variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais e avaliação do BES da amostra.

Investigadores:

- Equipa multidisciplinar constituída por um Assistente Social, um Psicólogo e um Enfermeiro/Médico.

Plano de Intervenção

O estudo envolve a participação de cento e três idosos (n=103), a maioria destes com 85 anos de idade. Todos eles encontram-se institucionalizados em lares pertencentes aos concelhos de Mogadouro e Miranda do Douro. Cada elemento constituinte da amostra será submetido a um processo terapêutico de 16 sessões, num período de tempo de 3 meses.

Assim, todos os elementos que incorporam a amostra irão ter no total 16 sessões de aconselhamento/accompanhamento terapêutico, as quais serão combinadas e agendadas junto do idoso. Consideramos dois momentos de avaliação distintos, o primeiro anterior ao acompanhamento e o segundo posterior, no sentido de permitir a comparação dos níveis de BES, antes e depois da intervenção.

Descrição da Intervenção- Sessões Terapêuticas.

Durante a intervenção terapêutica/psicológica o terapeuta (ex. Psicólogo "X") terá como função realizar um atendimento com o idoso usando sempre de uma comunicação terapêutica e uma atitude baseada na relação de ajuda, de modo a poder verificar a sua influência no Bem-Estar Subjetivo do idoso, que é o que se objetiva com a intervenção.

Deste modo, o Terapeuta terá de criar um ambiente propício ao desenvolvimento do idoso e das suas potencialidades, através da presença de várias atitudes fundamentais em todas as sessões: congruência, olhar positivo incondicional, compreensão e comunicação empáticas, incluindo o respeito pelo idoso e a confiança nas suas capacidades inatas do crescimento, sendo que em todas estas situações, terá sempre de estar presente uma comunicação terapêutica, ou seja, uma linguagem voltada para o sentido de ajudar, apoiar, estar com o outro e com os seus problemas, auxiliando na procura de soluções para os mesmos.

Assim, o grande objetivo do aconselhamento será o de proporcionar as condições ideais de facilitação ao idoso, para que este se desenvolva de uma forma construtiva, no sentido da pessoa plenamente funcionante. As sessões terão caráter confidencial, com uma duração média de 30 minutos e o idoso será sempre livre de partilhar com o terapeuta a problemática que desejar. As sessões terão lugar num ambiente que seja agradável/confortável para o idoso, dentro da instituição, e serão individuais, podendo eventualmente existir algumas em coletivo, se as condições assim o propiciarem.

Finalizando as 16 sessões de aconselhamento terapêutico, irá ser realizada uma nova medição do nível de bem-estar subjetivo, através de uma análise qualitativa inicialmente exposta. Feita esta avaliação final do bem-estar subjetivo do idoso, irá proceder-se a uma análise e reflexão sobre os resultados obtidos, fazendo as devidas comparações entre a avaliação inicial e a avaliação final do BES, efetuando assim as respetivas conclusões do estudo e verificando deste modo se conseguimos ou não influenciar o Bem-Estar Subjetivo do idoso através desta intervenção.

Anexo V- Datos Estadísticos

Teste t - Escalas com género		Teste t - Escalas com patologia		teste Kruskal-Wallis - Escalas com atividade	
SWLS	.642	SWLS	.362	SWLS	.262
PANAS Positivo	.256	PANAS Positivo	.777	PANAS Positivo	.962
PANAS Negativo	.780	PANAS Negativo	.884	PANAS Negativo	.430
teste Kruskal-Wallis - Escalas com estado civil		teste Mann-Whitney - Escalas com medicação		Teste t - Escalas com sociável	
SWLS	.149	SWLS	.469	SWLS	.053
PANAS Positivo	.761	PANAS Positivo	.541	PANAS Positivo	.498
PANAS Negativo	.807	PANAS Negativo	.447	PANAS Negativo	.792
teste Mann-Whitney - Escalas com se tem família				teste Kruskal-Wallis - Escalas com interação familiar	
SWLS	.241			SWLS	.187
PANAS Positivo	.919			PANAS Positivo	.937
PANAS Negativo	.786			PANAS Negativo	.067
teste Kruskal-Wallis - Escalas com habilitações literárias					
SWLS	.442				
PANAS Positivo	.691				
PANAS Negativo	.196				