

IPV - ESSV |



# Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



*Às minhas filhas, Francisca e Núria, que são o meu mais que tudo...*  
*E aos meus pais pela sua dedicação incondicional e por me orientarem a ser o*  
*que me tornei hoje...*



## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Professor Doutor Carlos Albuquerque, orientador do Relatório Final, pelo apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o desenvolvimento do trabalho. Acima de tudo, obrigado pela paciência e pelo incentivo dado nos momentos de dificuldade e desânimo.

À minha “mana” Suzete, amiga de sempre e para sempre, pelas palavras de incentivo, pelo apoio, pela boa disposição mesmo nos maus momentos, sem a qual não teria sido capaz de terminar esta etapa do meu percurso profissional.

Às Instituições do Concelho de Castro Daire, pela recetividade e disponibilidade demonstrada, subjacente à colheita de dados.

Aos idosos que participaram neste estudo deixo a minha gratidão pela forma carinhosa como me receberam, pelas sábias histórias de vida que me contaram, e pelos saberes que me transmitiram.

Aos meus pais e irmão pelo apoio, carinho, força, alento e compreensão pelos meus momentos de ausência.

Por fim, e por serem os mais importantes, ao Carlos, meu marido, e às minhas filhas, Francisca e Núria, pelo amor e carinho. Por toda a ajuda, compreensão e paciência que demonstraram ao longo deste ano e simplesmente porque são a razão do meu viver.

Muito obrigada a todos.



## Resumo

**Introdução:** O Bem-Estar Subjetivo, enquadrado no âmbito da intervenção da Psicologia positiva, refere-se à experiência individual e subjetiva da avaliação da vida, e inclui variáveis como a satisfação com a vida e a vivência de afetos positivos em detrimento dos afetos negativos. Considerando que o bem-estar subjetivo está associado à saúde e longevidade, o objetivo central deste estudo consiste em analisar o modo como determinadas variáveis de contexto sociodemográfico, familiar, clínico e psicossocial se revelam preditoras do bem-estar subjetivo em idosos institucionalizados versus não institucionalizados.

**Métodos:** Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional e transversal, com recurso a uma amostra não probabilística, acidental e por conveniência, composta por 116 idosos, 58 não institucionalizados e 58 institucionalizados, maioritariamente do género feminino (60,3%), viúvos (42,3%), com uma média de idades de 77,73 anos ( $Dp=9,276$ ). O instrumento de colheita de dados incorporou uma ficha de caracterização sociodemográfica, situacional, familiar (Escala de Apgar Familiar), clínico – funcional (Índice de Barthel) e a avaliação do Bem-Estar Subjetivo (Escala de Satisfação com a vida e a Escala de Afetos Positivos e Negativos).

**Resultados:** Constatamos que, os idosos não institucionalizados apresentam níveis de BES mais elevados face aos idosos institucionalizados ( $p=0,023$ ), com maior significância estatística na dimensão afetiva. Em relação aos determinantes do BES objetivou-se que, são os idosos “mais jovens” ( $p=0,015$ ), do género masculino ( $p=0,000$ ), com nível de escolaridade mais elevado ( $p=0,032$ ), inseridos em famílias funcionais ( $p=0,010$ ), que percecionam melhor estado de saúde ( $p=0,000$ ) e que são mais autónomos na realização das suas ABVD's ( $p=0,000$ ) a apresentar níveis de bem-estar subjetivo mais elevado.

**Conclusão:** As evidências encontradas neste estudo revelaram a existência de fatores determinantes na perceção do BES pela pessoa idosa daí a importância de planeamento e implementação de projetos direcionados à manutenção da autonomia, à diminuição das limitações, à maximização de potencialidades individuais, à promoção de relações interpessoais. Neste sentido, atendendo às competências do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação, seria de extrema importância a incorporação deste profissional especializado nas Instituições e em equipas multidisciplinares de apoio a idosos na Comunidade.

**Palavras-chave:** idoso, Bem – Estar Subjetivo, satisfação com a vida, afetos, determinantes.



## **Abstract**

**Framework:** Subjective Well-Being, framed in the context of Positive Psychology intervention, refers to the individual and subjective experience of life evaluation, and includes variables such as life satisfaction and the experience of positive emotions over negative emotions. Considering that subjective well-being is associated with health and longevity, the main objective of this study is to analyze how certain sociodemographic, familial, clinical and psychosocial variables are revealed as predictors of subjective well-being in institutionalized versus noninstitutionalized elderly.

**Methods:** We conducted a quantitative, descriptive, correlational and transversal study, using a non-probabilistic, accidental and convenience sample, consisting of 116 elderly, 58 noninstitutionalized and 58 institutionalized, mostly females (60.3%), widowed (42.3%) with a mean age of 77.73 years (SD = 9,276). The data collection instrument incorporated a form of socio-demographic characterization, situational, family (Family Apgar Scale), clinical and functional (Barthel Index) and the evaluation of Subjective Well-Being through the Satisfaction Scale with life and the Scale of Positive and Negative Affections.

**Results:** We found that the noninstitutionalized elderly have higher SWB levels compared to institutionalized elderly ( $p = 0,023$ ), with greater statistical significance in the affective dimension. Regarding the determinants of SWB is aimed that are the "younger" elderly ( $p = 0,015$ ), male ( $p = 0,000$ ), with higher level of education ( $p = 0,032$ ), part of functional families ( $p = 0,010$ ), who perceive better health ( $p = 0,000$ ) and are more autonomous in carrying out the ADL's ( $p = 0,000$ ) that showed an higher subjective well-being.

**Conclusion:** The results revealed the existence of determining factors in SWB in the elderly, hence the importance of planning and implementing projects aimed at maintaining the autonomy, reducing limitations, maximizing individual potential, promoting interpersonal relationships. In this sense, given the rehabilitation specialist nurse's skills, it would be extremely important to incorporate this specialized professional in the institutions and in multidisciplinary teams to support older people in the community.

**Keywords:** elderly, Subjective Well-Being, satisfaction with life, affections, determinants.



## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>Lista de Tabelas</b>	<b>13</b>
<b>Lista de Quadros</b>	<b>15</b>
<b>Lista de Figuras</b>	<b>17</b>
<b>Lista de Abreviaturas e Siglas</b>	<b>19</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>23</b>
<b>1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>27</b>
<b>1 – O ENVELHECIMENTO COMO REALIDADE BIOLÓGICA, PSÍQUICA E SOCIAL</b>	<b>29</b>
1.1– ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO	34
1.2 – INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA	35
<b>2 – BEM-ESTAR SUBJETIVO: CONCETUALIZAÇÃO E SEUS DETERMINANTES</b>	<b>39</b>
2.1 – DIMENSÕES DO BEM-ESTAR SUBJETIVO	43
2.2 – MEDIDAS DE MENSURAÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO	45
2.3 – DETERMINANTES DO BEM-ESTAR SUBJETIVO	47
<b>2.3.1 – Determinantes sociodemográficos</b>	<b>48</b>
<b>2.3.2 – Determinantes socio culturais e familiares</b>	<b>54</b>
<b>2.3.3 – Personalidade como determinante do Bem-estar subjetivo</b>	<b>56</b>
2.4 – BEM-ESTAR SUBJETIVO NA PESSOA IDOSA	59
<b>3 – ESTADO DA ARTE NO DOMÍNIO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO DA PESSOA IDOSA</b>	<b>63</b>
<b>2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO</b>	<b>67</b>
<b>4 – METODOLOGIA</b>	<b>69</b>
4.1 – CONCETUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	69
4.2 – PARTICIPANTES	72
4.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	73

4.4 – PROCEDIMENTOS	76
<b>4.4.1 – Procedimentos Estatísticos</b>	<b>77</b>
<b>5 – RESULTADOS</b>	<b>81</b>
5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	81
<b>5.1.1 – Caraterização sociodemográfica</b>	<b>82</b>
<b>5.1.2 – Caraterização situacional</b>	<b>86</b>
<b>5.1.3 – Caraterização familiar</b>	<b>88</b>
<b>5.1.4 – Caraterização clínico-funcional</b>	<b>91</b>
<b>5.1.5 - Caracterização do Bem-estar Subjetivo</b>	<b>98</b>
5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	102
<b>6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>107</b>
<b>7 – CONCLUSÕES</b>	<b>123</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>129</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>141</b>
<b>Apêndice I – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados</b>	<b>143</b>
<b>Apêndice II – Instrumento de Colheita de Dados</b>	<b>147</b>
<b>Apêndice III – Consentimento informado</b>	<b>155</b>

## LISTA DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade da amostra total dos idosos em função do gênero	82
Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade da amostra em função do local de residência	83
Tabela 3 – Estatísticas relativas ao tempo de internamento nos idosos institucionalizados	87
Tabela 4 – Análise de regressão linear simples entre a idade, a Funcionalidade Familiar e Nível de Independência nas ABVD's	96
Tabela 5 – Dados estatísticos do teste de Kruskal-Wallis entre o Nível de Independência nas ABVD's com o estado civil, as habilitações literárias e o tipo de reforma	97
Tabela 6 – Estatísticas relativas à nota global da Satisfação com a vida em função do local de residência	100
Tabela 7 – Estatísticas relativas à nota global da Satisfação com a vida em função do gênero	100
Tabela 8 – Análise de regressão linear simples entre o Bem-estar subjetivo e a idade, tempo de institucionalização, funcionalidade familiar e nível de Independência nas ABVD's	103
Tabela 9 – Teste de U de Mann Whitney entre o Bem-estar subjetivo com o gênero	103
Tabela 10 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Bem-estar subjetivo com o estado civil, as habilitações literárias e situação financeira	104
Tabela 11 – Teste de U de Mann Whitney entre o Bem-estar subjetivo com o local de residência	104
Tabela 12 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Bem-estar subjetivo com o número de filhos e a periodicidade das visitas	106
Tabela 13 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Bem-estar subjetivo com o estado de saúde	106



## LISTA DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
Quadro 1 – Distribuição da amostra por local de residência segundo o género	83
Quadro 2 – Distribuição da amostra por local de residência segundo os grupos etários	84
Quadro 3 – Distribuição da amostra por local de residência em função do estado civil e habilitações literárias	85
Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo o local de residência em função do tipo de reforma, situação financeira e satisfação com o valor da reforma	86
Quadro 5 – Distribuição da amostra por género em função do motivo de internamento em Instituição	87
Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo o género em função da coresidência	87
Quadro 7 – Distribuição da amostra relativamente à convivência com crianças e importância atribuída a esse contacto segundo o local de residência	88
Quadro 8 – Distribuição da amostra por local de residência segundo o número de filhos e residência dos mesmos	89
Quadro 9 – Distribuição da amostra por local de residência segundo quem os visita e a periodicidade das visitas	90
Quadro 10 – Avaliação da Funcionalidade Familiar da amostra por género e por local de residência	91
Quadro 11 – Distribuição da amostra por local de residência segundo a percepção do estado de saúde e patologias associadas	92
Quadro 12 – Distribuição da amostra por local de residência segundo a frequência de Programa de Reabilitação e seus benefícios	92
Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo o género em função do nível de Independência nas ABVD's	93
Quadro 14 – Distribuição da amostra por género e por local de residência em função do nível de Independência nas ABVD's	93

Quadro 15 – Caraterização do nível de Independência nas ABVD's em função do local de residência	95
Quadro 16 – Dados relativos à avaliação da Escala de Satisfação com a Vida segundo o local de residência	99
Quadro 17 – Distribuição percentual dos idosos face aos afetos positivos e negativos	101
Quadro 18 – Avaliação dos afetos positivos e negativos por grupos em função do local residência	102

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1 - Modelo representativo da perspetiva Base-Topo e Topo-Base	40
Figura 2 - Modelo representativo da perspetiva Integrativa	41
Figura 3 - Modelo concetual representativo da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica	70



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABVD's – Atividades Básicas de Vida Diária

BES – Bem-Estar Subjetivo

cf – conforme

cit. – citado

CV – Coeficiente de Variação

Dp – Desvio-padrão

et al. – e outros

Fem. - Feminino

INE – Instituto Nacional de Estatística

Inst. - Institucionalizados

K – Kurtosis

Masc. - Masculino

Máx. – Máximo

Min. – Mínimo

n – Frequência absoluta

NA – Afeto Negativo

Não Inst. – Não Institucionalizados

n.s. – não significativo

OM – Ordenação média

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância

p. – página

PA – Afeto Positivo

r – Coeficiente de correlação de Pearson

res. – valores residuais

S – Skweness

Sk/erro – Skewness/error (assimetria)

SPSS - Statistical Package for the Social Science

U – Teste U de Mann-Whitney

vs – *versus*

## LISTA DE SIMBOLOS

% – percentagem

< – menor que

≤ – menor ou igual

= – igual

> – maior que

≥ – maior ou igual

$\chi^2$  – Qui-quadrado

$\alpha$  – alfa

$\bar{X}$  – Média



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é hoje uma realidade ao nível das sociedades, não estando a realidade portuguesa afastada deste fenómeno. O avanço das ciências, nomeadamente da medicina, proporciona uma maior longevidade e uma diminuição de mortalidade que, aliada à baixa taxa de natalidade, levam ao aumento da população idosa e à inversão das pirâmides etárias.

Perante este processo de envelhecimento demográfico existe uma necessidade de reorganização da sociedade que, segundo Oliveira (2008), se revela pouco preparada para enfrentar as mudanças que uma população envelhecida apresenta.

Durante muito tempo a velhice era vista, pela nossa sociedade, como algo negativo associado a doença, a dependência e a perdas biológicas, funcionais, psicológicas e sociais (Cardão, 2009; Rebelo, 2007; Oliveira, 2010 como citado em Fernandes, 2011, p.4). As investigações relacionadas com a velhice focavam-se na investigação das perturbações que lhe eram associadas, nomeadamente nas perdas, nos danos e nos decréscimos das capacidades funcionais dos indivíduos a elas associadas (Faustino, 2014).

Felizmente, na atualidade a conceção de velhice está a modificar-se surgindo uma preocupação crescente em dar atenção às particularidades da população idosa, permitindo que o aumento da esperança de vida esteja associado ao bem-estar e à satisfação com a vida, através da diminuição de fatores associados à morbilidade psicológica e ao aumento do nível de autonomia e funcionalidade, como formas de promover o envelhecimento bem-sucedido e aumentar o Bem-estar Subjetivo (Pimentel, 2014).

O bem-estar subjetivo (BES) é um dos aspectos da vida do idoso que recentemente tem sido amplamente investigado, devido à necessidade de ampliar o entendimento de como pessoas com idade avançada percebem a vida (Benedetti, et al., 2004 como citado em Paula, Frota, Rocha, Matos, & Tolentino, 2010). O conceito de BES insere-se no campo de intervenção da Psicologia positiva e consiste na avaliação subjetiva que a pessoa faz sobre a sua própria vida, sendo composto por uma componente cognitiva, a satisfação com a vida, e uma componente afetiva, afetos positivos e negativos. Psicólogos e economicistas têm cada vez mais defendido a importância do estudo e levantamento dos índices de bem-estar das populações para que seja possível a sua comparação ao longo do tempo. Assim sendo, identificando-se os fatores que afetam o BES, podem ser tomadas decisões políticas

confiáveis e implementação de projetos multifacetados, que possam ser otimizados para proporcionar o aumento de tais índices (Vieira, 2014).

Vários estudos revelam que a percepção de um bem-estar subjetivo positivo é indicativo de saúde e longevidade assim sendo, torna-se fulcral estudar os componentes relacionados ao Bem-Estar Subjetivo junto da população idosa bem como os fatores que o determinam, a fim de melhor compreender a temática, mas acima de tudo, para que se possa intervir de uma forma mais sistemática e eficaz na melhoria da qualidade de vida dos idosos podendo, desta forma, serem racionalizados os recursos existentes na sociedade.

Conscientes da importância do papel desempenhado pelos profissionais de saúde, especialmente pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, e de toda a comunidade, na implementação de projetos que potenciam a promoção de um bem-estar dos idosos, de forma proporcionar uma melhor saúde e qualidade de vida nesta última etapa de vida, decidiu-se circunscrever o desiderato deste estudo, subjacente à problemática em análise, na seguinte questão de investigação: **“Quais os determinantes do bem-estar subjetivo percebido pela pessoa idosa?”**

Assim sendo, esta investigação contempla os seguintes objetivos: i) conhecer o nível de bem-estar subjetivo percebido pela Pessoa idosa institucionalizada versus não institucionalizada, identificando as dimensões que o diferenciam; ii) analisar o modo como determinadas variáveis de contexto sociodemográfico, situacional, familiar e clínico se revelam preditoras do bem-estar subjetivo em idosos institucionalizados versus não institucionalizados.

O presente trabalho de investigação encontra-se dividido em quatro partes. Para atingir os objetivos traçados, foi realizada uma revisão bibliográfica, a qual permitiu elaborar o enquadramento teórico que representa a primeira parte. Foram abordados temas como o envelhecimento e o bem-estar subjetivo, com menção a dados obtidos noutras investigações de diversos autores.

A segunda parte corresponde à fase metodológica, a qual compreende o tipo de estudo, objetivos, variáveis, participantes e critérios de inclusão, modo de abordagem, instrumento de colheita de dados e procedimentos estatísticos.

A recolha de dados com recurso ao instrumento de colheita de dados processou-se através de formulário, cuja aplicação foi concretizada pelo investigador, após procedimentos éticos e formais necessários.

A terceira parte, compreende a apresentação dos resultados encontrados após submetidos a tratamento estatístico, descritivo e inferencial, permitindo a sua interpretação.

A última e quarta parte, corresponde à discussão onde se faz comparação dos dados obtidos nesta investigação com os dados obtidos noutras investigações por outros autores.

Termina com as principais conclusões e algumas sugestões. Em anexo apresenta-se o instrumento de colheita de dados utilizado, a autorização para a sua aplicação e o consentimento informado.





**1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1 – O ENVELHECIMENTO COMO REALIDADE BIOLÓGICA, PSÍQUICA E SOCIAL

Segundo a análise histórica, a partir da segunda metade do século XX, o envelhecimento e o crescimento da longevidade populacional, consequente da baixa natalidade e do aumento exponencial da esperança média de vida, determinam-se como dois dos fenómenos emergentes nas sociedades modernas e desenvolvidas.

Perante o pressuposto, importa conhecer e compreender o que é o envelhecimento, quais as consequências que acarreta e como a sociedade compreende este fenómeno.

A definição e concetualização do termo “envelhecimento” é uma tarefa complexa e difícil. Apesar de ser um termo cada vez mais utilizado e conhecido, as definições que se lhe atribuem nunca serão o suficientemente integrativas para dizer o que na realidade é envelhecer e chegar até a esta fase do ciclo de vida, que é a velhice (Chaves, 2015).

Quando nos referimos ao envelhecimento, poderemos estar a apontar para dois conceitos que apesar de se cruzarem, são distintos: o envelhecimento individual e o envelhecimento coletivo (envelhecimento demográfico) (Rosa, 2012).

O **envelhecimento individual** é um processo universal, progressivo e inevitável caracterizado por um conjunto complexo de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, próprias de cada indivíduo (Seixas, 2013). Segundo Sequeira (2010, p. 19) “as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta, de acordo com a interação humana, onde cada uma afeta e é afetada”. No entanto, segundo o mesmo autor, ao falar de envelhecimento individual é necessário realizar a distinção entre o que é consequência deste processo e aquilo que lhe é secundário, causado por processos patológicos típicos dessa idade. Desta forma, emergem dois conceitos: o conceito de senescência e o conceito de senilidade (Birren & Zarit, 1985 como citado em Sequeira, 2010). A senescência ou, segundo alguns autores, envelhecimento primário, refere-se ao conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que decorrem em consequência do processo de envelhecimento. Por sua vez, a senescência, ou envelhecimento secundário, refere-se ao conjunto de modificações determinadas pelas patologias associadas às pessoas idosas (Sequeira, 2010).

Apesar das diversas modificações a nível individual, não existe um marcador biológico objetivo que se possa considerar como parâmetro de envelhecimento (Seixas, 2013). Cada pessoa manifesta sinais de envelhecimento de forma singular pois a vivência passada, os

seus hábitos e estilos de vida, o seu género, a sua genética e a própria sociedade em que se insere, determinam o seu processo de envelhecimento (Rosa, 2012). A mesma ideia é corroborada por Fontaine e Fonseca (2000;2005 como citado em Costa, 2013) ao referirem que este processo passa por uma experiência única e pessoal e manifesta-se de diferentes formas de acordo com o desenvolvimento de cada indivíduo, a nível biológico (do próprio organismo), psicológico (alterações das atividades intelectuais, motivacionais e da memória) e social (alterações nos hábitos pessoais, estatuto e papel do indivíduo).

Numa tentativa de explicar todas as modificações ligadas ao processo de envelhecimento, surgem diversas teorias, cada qual com um conjunto de conceitos, factos e indicadores (Fries & Pereira, 2011).

Mailloux-Poirier (1995, p. 103) refere como teorias biológicas: a **Teoria Imunitária** que refere que o envelhecimento resulta da formação de anticorpos que agridem as células sãs do organismo por parte do sistema imunitário; a **Teoria Genética** que considera o envelhecimento como um processo sucessivo e consequência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares; a **Teoria do Erro na Síntese Proteica** que defende que o envelhecimento resulta da morte celular, isto é, ocorre alterações na molécula de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) que, por sua vez, alteram a informação genética levando à formação de proteínas incapazes de exercer as suas funções; a **Teoria do Desgaste** que refere que a morte ocorre, porque os organismos não se pode renovar constantemente, acumulando danos ao longo da vida; a **Teoria dos Radicais Livres** que defende que os radicais livres no envelhecimento provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transforma-os em substâncias que envelhecem as células. Esta teoria pertence às designadas teorias catastróficas do envelhecimento nas quais os fenómenos surgem ao acaso e têm um impacto prejudicial sobre o organismo; **Teoria Neuroendócrina** que refere que a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuroendócrinas.

Por sua vez, Fernández-Bellesteros (2000, como citado em Oliveira, 2010) considera que as teorias explicativas do envelhecimento se agrupam em três grandes grupos: **teorias biológicas** (genéticas, celulares, sistémicas, teorias dos eventos vitais biológicos e outras teorias como a do desgaste); **teorias psicológicas** (teorias do desenvolvimento, nomeadamente a de Erikson, teoria do enfoque do ciclo vital, teoria da atividade, teoria da continuidade); e **teorias sociológicas** (teoria da desvinculação, da subcultura, da modernização, entre outras).

De facto, na literatura gerontológica, estão descritas inúmeras teorias que tentam, de alguma forma, dar uma explicação ao processo de envelhecimento. Apesar de distintas todas

se complementam, uma vez que falar de envelhecimento é falar de um processo complexo multifatorial e difícil de esclarecer.

A par do conceito de envelhecimento individual importante concetualizar o **envelhecimento coletivo**, também designado de envelhecimento demográfico. Este conceito, segundo Rosa (2012) define-se como uma evolução particular da composição etária de uma população que corresponde ao aumento da proporção do número de pessoas em idades mais avançadas.

De acordo com o relatório World Population Ageing (United Nations, 2013), a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou de 9,2% em 1990 para 11,7% em 2013, e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21,1% em 2050. Em valores absolutos, as projeções das Nações Unidas apontam para que o número de pessoas com 60 e mais anos de idade passe para mais do dobro, de 841 milhões de pessoas em 2013 para mais de 2 mil milhões em 2050 e o número de pessoas com 80 e mais anos de idade poderão triplicar, atingindo os 392 milhões em 2050.

Embora o processo de envelhecimento demográfico tenha adquirido uma dimensão mundial, manifesta-se de forma mais notória na Europa apresentando este processo um ritmo marcadamente mais acelerado em Portugal (Rosa, 2012). Segundo os dados publicados por Portugal, Instituto Nacional de Estatística (Portugal, INE, 2015), entre 1970 e 2014, a proporção da população jovem diminuiu 14 pontos percentuais passando de 28,5% do total da população em 1970 para 14,4% em 2014. Por sua vez, o peso relativo da população idosa aumentou 11% passando de 9,7% em 1970 para 20,3% em 2014. No que concerne aos próximos 50 anos, os resultados prospetivos de Portugal, INE (2015) demonstram que Portugal deverá continuar a envelhecer e de forma intensa, prevendo que em 2060, o número de pessoas com mais de 65 e mais anos poderá ser quase o triplo do número de jovens.

Este demarcado envelhecimento da população causa diversos transtornos, na sociedade, que se refletem a vários níveis, levando à necessidade de restuturação e ajustamento da mesma a esta nova realidade de forma a dar resposta às necessidades da população atual. Segundo Oliveira (2010), são várias as consequências do envelhecimento demográfico com repercursões: a nível social, pois estamos perante a intergeracionalidade familiar com um ou mais idosos entre as famílias e ao aumento da institucionalização dos idosos; a nível de saúde, confrontando-nos com o aumento dos gastos em medicação e tratamentos, aumento de internamentos hospitalares, aumento de transtornos mentais na população, aumento de suicídios e o problema da eutanásia, levando à necessidade de maior número de serviços de saúde; a nível económico, pois existem cada vez mais reformados, menos receitas para os cofres do estado e mais estruturas residências para idosos; a nível

político, pela possibilidade de um maior número de votos nos partidos conservadores; a nível cultural, com necessidade de criação de Universidades Sêniores e programas de ocupação de tempos livres; e a nível da ciência teórica e aplicada, devido à exigência de ampliação de conhecimentos na área de gerontologia e geriatria, tal como na formação de profissionais qualificados que possam dar resposta às necessidades desta população (assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e enfermeiros especializados nesta idade, entre outros).

De um modo geral, o envelhecimento processa-se ao longo do ciclo vital, desde o momento da concepção, mas, ninguém fica “velho” de um momento para o outro. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a velhice inicia-se aos 65 anos nos países em desenvolvimento e aos 60 nos países em desenvolvimento (Carvalho & Dias, 2011). Em Portugal consideram-se como idosos, os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e está associado à idade da reforma (Seixas, 2013).

Contudo, Paúl (2005 como citado em Sequeira, 2010, p. 7) refere que, “apesar de ser vulgarmente utilizado, o critério de idade deixou de constituir um indicador rigoroso para o início da velhice, privilegiando-se a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice”.

Nesta linha de pensamento, também Cavanaugh (1997 como citado em Fonseca 2006, p. 52)

opta por não estabelecer marcos etários entre «quando se é adulto» e «quando se é idoso», preferindo abordar a idade adulta e a velhice como um todo e destacando um conjunto vasto de tópicos com incidência desenvolvimental específica nesse “todo”, como sejam as mudanças fisiológicas, o processamento de informação, a personalidade, trabalho e reforma, luto e morte, etc.

Mais importante que delimitar, em termos cronológicos, o conceito de “velhice” é perceber como esta fase da vida é vista e compreendida pela sociedade atual.

Diversos estudos sobre representações sociais revelam que a ideia de idoso está geralmente associada a aspetos negativos, como figura decadente, necessitada e dependente (Ferreira, Maciel, Silva, Sá, & Moreira, 2010). Também Fonseca (2012, p. 96) refere que a visão tradicional do conceito de envelhecimento “ênfatisa a noção de défice ligada à condição de idoso descrevendo as pessoas idosas como incapazes ou em risco de se tornarem incapazes”. A interpretação da velhice é associada à decadência física, doença e dependência (Seixas, 2013). Os idosos são reconhecidos como alguém com muita idade e/ou

aparência física de tal, com ideias que remetem a um passado inativo, pouco ágil, de quem se tem pouca participação social (Seixas, 2013). Esta visão negativa associa da velhice a uma última fase da vida humana em que as pessoas desistem de projetos futuros (Rosa, 2012). Estas crenças sobre os adultos mais velhos que se debruçam nos aspetos negativos da velhice são prejudiciais e distorcidas podendo influenciar a forma como os indivíduos mais velhos vivenciam esta fase do desenvolvimento, sua autoestima, a sua autoimagem e no seu bem-estar psicológico (Fernandes, 2014).

Segundo Uchôa (2003 como citado em Ferreira et al., 2010), a visão negativa e deficitária do envelhecimento é característica do ocidente, podendo ser explicada como consequência de uma sociedade centrada na produção, no rendimento, na juventude e no dinamismo. No entanto, noutras sociedades o envelhecimento é apresentado de forma mais positiva revelando assim que uma representação centrada em aspetos negativos não é universal.

No entanto, e felizmente, se para uns o envelhecimento é encarado como um período de grande fragilidade ou de decadência, e na realidade a palavra “velho” é muitas vezes, associada a uma conotação depreciativa, o que leva a que se opte pela palavra idoso, para outros o envelhecimento é sinónimo de elevado bem-estar emocional e pessoal (Carvalho & Dias, 2011). Esta visão positiva associa a velhice ao privilégio de chegar a idades mais avançadas podendo ser “o momento de muitos sonhos irrealizáveis durante a constante pressão da vida quotidiana quando se é ativo. Também a acumulação de experiência com a idade ajuda a fortalecer a valorização deste estado” (Rosa, 2012, p. 22). As pessoas idosas, apesar da sua idade cronológica, podem continuar a apresentar traços positivos de desenvolvimento psicológico visível sobretudo nos indivíduos cujo processo de envelhecimento corresponde a um “envelhecimento bem-sucedido” (Baltes & Carstensen, 1996; Fonseca, 2005 como citado em Fonseca, 2012), em que o critério para o sucesso reside essencialmente na autonomia física, psicológica e social do idoso (Baltes & Baltes, 1990; OMS, 2001 como citado em Sequeira, 2010).

De facto, a velhice constitui um período de profundas “mudanças no *self*, decorrentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência (levando por vezes à institucionalização)” (Fonseca, 2012, p.96) que implicam múltiplos ajustamentos e adaptações do indivíduo à sua nova forma de estar na vida (Seixas, 2013).

Segundo Shroots (1996) e Fernández-Ballesteros (2007) as pessoas idosas, em distintos momentos, possuem uma capacidade de adaptação que os permite suportar as situações de transição e de mudanças decorrentes do processo de envelhecimento (Fonseca,

2012). “A pessoa idosa quando confrontada com situações de vulnerabilidade crescente procura compensar essa mesma vulnerabilidade através do desenvolvimento de novos valores, novas competências e novos comportamentos” (Fonseca, 2012, p.103) direcionando os seus recursos cognitivos, como a atenção e a memória, para informação mais positiva que negativa investindo em partes emocionalmente mais importantes da vida (Cartensen, 2011 como citado em Chaves, 2015).

Desta forma,

(...) o advento de uma perspectiva positiva em torno do envelhecimento tem conduzido, cada vez mais, à ideia de que a melhor forma de prevenir os «problemas do envelhecimento» é focar a atenção na valorização das forças das pessoas mais idosas e promover mudanças positivas na segunda metade da vida, em ordem de uma adaptação cada vez mais bem sucedida entre as competências individuais e as exigências ambientais (Fonseca, 2012, p.104).

### 1.1– ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

O conceito de Envelhecimento Bem-sucedido surge em meados dos anos 80 resultante das alterações demográficas e da conseqüente necessidade de promover uma adaptação otimizada a uma nova etapa de vida. Apesar de se ter tornado um conceito popular na literatura gerontológica ainda não existe uma definição consensual entre os investigadores. Sabe-se, contudo, que faz parte de um bom envelhecimento e que vai de encontro a indicadores individuais de sucesso (Martins, 2012).

Os principais temas emergentes na literatura sobre o envelhecimento bem-sucedido consideram duas abordagens: a biomédica e a psicossocial (Bowling & Dieppe, 2005). Segundo os mesmos autores, a *teoria biomédica* define envelhecimento bem-sucedido como um processo com ausência de doença crónica e de risco, em boa saúde e altos níveis de funcionamento físico e funcionamento cognitivo. Esta conceção biomédica de envelhecimento bem-sucedido teve origem nos estudos de Rowe e Kahn (1997). Estes autores definiram o modelo de Envelhecimento Bem-sucedido como a habilidade de manter três comportamentos ou características fundamentais: probabilidade baixa de doenças e de incapacidades relacionadas às mesmas; alta capacidade funcional cognitiva e física; e engajamento ativo com a vida (Oliveira, Witter, & Limongelli, 2013).

Por sua vez, a *teoria psicossocial* enfatiza a satisfação com a vida, a participação social e os recursos psicológicos, incluindo o crescimento pessoal. A satisfação com a vida tem sido a definição mais comumente proposta de envelhecimento bem-sucedido, e é também a mais investigada. A participação social engloba os elevados níveis de habilidade na vida social, a

manutenção de papéis, a conservação das relações interpessoais, a integração social e a participação recíproca na sociedade. Os recursos psicológicos incluem uma visão positiva face à vida, uma boa autoestima, autoeficácia, sensação de controlo sobre a vida, autonomia e independência, coping eficaz e estratégias adaptativas face de circunstâncias (Bowling & Dieppe, 2005).

Entre as diversas teorias, talvez a mais influente foi proposta por Baltes (2000) que propõe que o envelhecimento bem-sucedido pode ser alcançado por uma sequência de seleção, otimização e compensação (SOC) (Oliveira, Witter, & Limongelli, 2013). A seleção centra-se na escolha e priorização de metas importantes, sejam baseadas nas preferências individuais ou devido a perdas de recursos. As outras duas estratégias centram-se nos recursos que os indivíduos possuem e que são necessários para alcançar os objetivos propostos. A otimização significa que os indivíduos necessitam de investir em recursos adicionais para atingir os objetivos implicando a compensação, ou seja, a substituição de meios que não contribuem para o alcance de metas com meios mais eficazes facilitando a adaptação (Freund & Baltes, 2002 como citado em Zacher, Chan, Bakker, & Demerouti, 2015). No contexto do modelo SOC o envelhecimento bem-sucedido consiste na construção de processos adaptativos que permitam maximizar os ganhos e minimizar as perdas decorrentes dos eventos de vida a fim de obter a máxima eficiência entre ambos (Villar, 2012). Esta eficiência máxima, atingida através da aplicação dos processos de seleção, otimização e compensação parece estar associado a níveis ótimos de bem-estar e satisfação com a vida (Chou & Chi, 2002; Staudinger et al. 1999 como citado em Villar, 2012).

De um modo geral, as diversas teorias existentes de envelhecimento bem-sucedido consideram os idosos como indivíduos pró-ativos que orientando a sua ação para atingir os seus objetivos pessoais, apoiando-se em recursos que os permita adaptarem-se com sucesso às mudanças que surgem com a idade preservando o seu bem-estar (Fonseca, 2005 como citado em Pimentel, 2014).

Segundo Teixeira e Neri (2008, p. 91), “o envelhecimento bem-sucedido aproxima-se de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objetividade da saúde física, expandindo-se em um continuum multidimensional”.

## 1.2 – INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

A maioria dos idosos elegem a sua casa como residência preferencial para passar o resto dos seus dias por considerarem que ainda têm competências para manter o seu suporte social, proteger os fatores ambientais e usufruir de uma excelente qualidade de vida (Luppa et al., 2010).

Segundo Carvalho e Dias (2011, p. 166),

os aspetos mais valorizados pelos idosos a residir na comunidade são ter boas relações com a família e os amigos, ter papéis sociais como o voluntariado e a ocupação de tempos livres; ter boa saúde e funcionalidade; viver numa boa casa numa zona simpática de boa vizinhança; ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e a independência.

Apesar de ser consensual que os idosos preferem residir em suas casas, o certo é que, na última década o número de instituições de acolhimento de idosos aumentou de modo significativo, cerca de 24.7% (Portugal, INE, 2011).

O aumento da população idosa e as modificações atuais na estrutura familiar são o fator do aumento da institucionalização dos idosos em Portugal (Jacinto, 2010 como citado em Oliveira, 2014). Atualmente, a família defronta-se com grandes dificuldades para o desempenho das funções tradicionais de educadora dos filhos e cuidadora dos mais idosos, levando a sociedade civil a organizar-se para responder a determinadas funções que a família não consegue assumir (Paúl, 1997; Joaquim & Galhardo, 2003; Pereira, 2005 como citado em Oliveira, 2014). Quando a família deixa de poder acompanhar e prestar cuidados aos seus progenitores depara-se com a difícil decisão de institucionalização, pois nem sempre a manutenção do idoso no seu domicílio ou em casa de familiares, numa situação de dependência constitui a melhor solução (Barreiro, 2013). “A decisão da institucionalização deve ser tomada conscientemente de que objetivo dos cuidados a pessoa idosa e o de garantir a sua qualidade de vida, mesmo que isso signifique afastá-la da sua própria casa” (Ornelas & Vilar, 2011, p. 133).

A dependência física é, de facto, um dos fatores determinantes na decisão pela institucionalização. Contudo, estudos realizados sobre a temática têm confirmado que os problemas de saúde e a conseqüente perda de autonomia não constituem os principais fatores indicados pelos idosos para a decisão do internamento, mas sim o isolamento, isto é, a ausência de uma rede de interações que facilite a sua integração social e familiar e que garanta um apoio efetivo em situação de maior necessidade (Pimentel, 2005 como citado em Barreiro, 2013). Usualmente, o conjunto de solidão e/ou isolamento e o estado de dependência motivam a institucionalização, ou seja, se a pessoa idosa perde autonomia na realização das suas atividades de vida diárias e, por outro lado, vive sozinho e/ou não tem quem o ajude sempre que necessite, então a probabilidade de recurso ao lar é maior (Santos, 2013). Para Medeiros (2012), também outros fatores como viuvez, perda de filhos, familiares e/ou amigos contribuem para a institucionalização da pessoa idosa. Contudo, segundo Santos (2013, p. 31) “pode-se considerar que os fatores relatados confluem num único – perda de autonomia”.

Na opinião de Jett e seus colaboradores (1996 como citado em Lopes, 2012), a decisão de internamento num Lar deve ser autónoma na qual o idoso é o único e principal responsável. No entanto, o que acontece na maioria das vezes esta decisão é tomada por outros levando o idoso a ser “um mero espectador das decisões tomadas pelos outros” (Lopes, 2012, p 15).

O processo de institucionalização compreende, para além da tomada de decisão e a escolha do Lar, uma terceira fase designada de adaptação/integração na nova residência (Ornelas & Vilar 2011). Também Carvalho e Dias (2011) consideram que a institucionalização da pessoa idosa implica um processo de adaptação e ajustamento contudo, visto que essa capacidade vai diminuindo com a idade as probabilidades de desajustamentos aumentam.

A mudança para uma nova situação de vida, simbolizada pela institucionalização, é representada e vivida pelo idoso de forma desigual (Ornelas & Vilar, 2011). Atendendo a este aspeto, os efeitos negativos e positivos da institucionalização derivam, por um lado, de influências do contexto e da instituição e por outro, de diferenças individuais na capacidade de adaptação (Lima, 2010 como citado em Lopes, 2012).

Esta transição da sua casa para uma instituição acarreta riscos para o idoso podendo causar regressão e desintegração social, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas e ausência de estimulação intelectual (Magarreiro, 2008). Mesmo quando a institucionalização é da vontade ou decisão do idoso esta é causadora de sentimentos de perda particularmente a saída do local onde sempre viveu, a perda e/ou rutura com pessoas da sua rede social e a consequente adaptação a rotinas estandardizadas (Sousa et al., 2004 como citado em Magarreiro, 2008). Também Pires (2013) refere que a institucionalização conduz a perda de laços relacionais no círculo de amigos, vizinhos e, por vezes da própria família derivado à distância que esta proporciona. A transferência do idoso do seu lar para a instituição apresenta uma maior probabilidade de desenvolvimento de quadros depressivos, confusão, perda do contato com a realidade, despersonalização e um senso de isolamento e separação da sociedade (Araújo et al, 2007 com o citado em Silva et al., 2011). Um estudo realizado por Barroso (2006), revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a solidão e a depressão em relação ao contexto habitacional, os idosos institucionalizados apresentaram níveis de solidão e depressão superiores aos idosos que vivam em contexto comunitário.

Outros estudos realizados revelam que a perceção de bem-estar parece ser significativamente maior para aqueles que vivem em casa. Apesar do idoso institucionalizado receber cuidados e apoio, o que deveria contribuir para um aumento do seu bem-estar, por outro lado, a institucionalização também provoca ao idoso uma perda considerável ao nível

da privacidade e autonomia, que são componentes essenciais ao seu bem-estar (Bockerman et al., 2012).

De facto,

(...) o processo de institucionalização não deixa de ser um processo crítico, simbolizado pelo abandono do espaço físico e social, conhecido e vivido, obrigando o idoso a reaprender e a integrar-se num meio que lhe é restritivo e que, em muitos casos, assume o controlo de muitos aspetos da sua vida (Barreiro, 2013, p.29).

Apesar da opinião depreciativa dos Lares de idosos e de se pensar que apenas trazem consequências negativas para os idosos, alguns estudos realizados sugerem que os efeitos da vida institucional podem ser menos nocivos do que geralmente se supõe. Existem opiniões que consideram que a institucionalização poderá, na verdade, ser útil para a autoestima do idoso, por aumentar as oportunidades de interação e papéis sociais adequados ao sujeito (Fernandes, 2002 como citado em Magarreiro, 2008). No estudo realizado por Ornelas e Vilar (2011), algumas pessoas idosas sentem-se satisfeitas perante a sua adaptação à instituição salientando a ocorrência de mudanças positivas nas suas vidas nomeadamente na liberdade, na interação e competência do pessoal técnico, na companhia e nas atividades realizadas no lar.

Segundo um estudo realizado por Paúl (1992;1999), os idosos residentes em lares tendem a sentir-se mais sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais, num dia-a-dia monótono e sem esperança ou investimento no futuro terreno. Em contrapartida, vivem menos agitados e têm atitudes mais positivas face ao envelhecimento. Quanto aos idosos residentes na comunidade que experimentam um reduzido bem-estar psicológico, tal ficava a dever-se, sobretudo, à falta de apoio adequado mesmo para a realização de tarefas de rotina (Fonseca, 2005 como citado em Magarreiro, 2008).

O ambiente residencial ocupa um lugar extremamente importante na vida das pessoas idosas, uma vez que pode interferir de forma positiva ou negativa no seu bem-estar psicológico dependendo das características e capacidades de adaptação das pessoas idosas (Barreiro, 2013).

É importante encontrar e proporcionar às pessoas idosas um ambiente que respeite as suas exigências e competências pessoais, pois caso contrário, surgem sentimentos de desconforto e desadaptação que porão em causa o nível de bem-estar e satisfação de viver das pessoas idosas institucionalizadas (Barreiro, 2013, p.30).

## 2 – BEM-ESTAR SUBJETIVO: CONCEPTUALIZAÇÃO E SEUS DETERMINANTES

O conceito de bem-estar é um conceito complexo, que tem vindo a ser abordado na literatura e que foi sujeito a alterações ao longo do tempo (Chaves, 2015).

As raízes ideológicas do conceito de bem-estar subjetivo (BES) remontam ao século XVIII, época do Iluminismo, no qual se defendia o princípio de que a existência humana é a vida em si (Silva & Heleno, 2012). Contudo, o conceito de BES como o conhecemos hoje é recente, com cerca de 50 anos de vida, sendo a tese de Wilson em 1960 o ponto de partida para o seu estudo (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Inicialmente o conceito de bem-estar surgia relacionado com o poder económico traduzido em bem-estar material (Welfare) consistindo na avaliação do indivíduo aos seus rendimentos. Contudo, outros aspetos, para além dos recursos materiais, foram considerados como determinantes do bem-estar ou da qualidade de vida tais como a saúde, as relações interpessoais e a satisfação em vários domínios (Galinha & Pais- Ribeiro, 2008).

Foi por volta dos anos 60 que o conceito transcendeu a dimensão do bem-estar económico e assumiu uma dimensão global valorizando outros aspetos da vida do indivíduo (Novo, 2003 citado em Galinha, 2008). Deste modo, surge uma tendência teórica que considera o bem-estar subjetivo como sinónimo de Felicidade, uma perspetiva que o aponte como dimensão positiva da Saúde Mental e outra vertente que o incluirá nas dimensões da Qualidade de Vida (Barros, 2006; Costa & Pereira 2007; Galinha & Pais-Ribeiro 2005; Otta & Fiquer 2004 como citado em Oliveira, Queiroz, & Costa, 2012). É comum na literatura referir que BES e Felicidade são constructos de natureza idêntica (Diener & Diener 1996; Diener & Ryan 2009 como citado em Vieira, 2014), porém, “enquanto a Felicidade é um termo mais habitual, o BES é um termo mais preciso” (Diener & Ryan 2009 como citado em Vieira, 2014 p. 29).

Os conceitos de satisfação e felicidade foram estudados por Wilson, na década de 60, em duas perspetivas teóricas que dominaram os estudos do BES nos primeiros anos do seu desenvolvimento: a perspetiva base-topo (*bottom-up*) e a perspetiva topo-base (*top-down*) (Galinha, 2008).

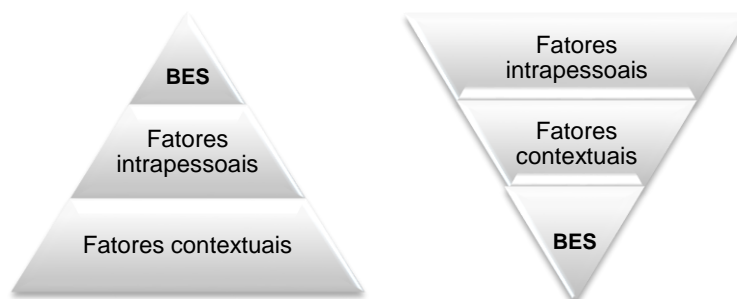
A perspetiva base-topo (*bottom-up*) tem como pressuposto a satisfação das necessidades básicas, sendo que a satisfação imediata das necessidades produz felicidade

e a não satisfação produz infelicidade (Galinha, 2008). Segundo Galinha e Pais-Ribeiro (2011), nesta perspectiva existe uma grande influência das circunstâncias de vida (condições materiais, eventos de vida, contexto sociopolítico) na experiência subjetiva dos indivíduos.

Na perspectiva topo-base (*top-down*) o grau de satisfação necessário para a Felicidade depende da adaptação ou do nível de aspiração da pessoa sendo este influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com os outros, pelos valores pessoais, entre outros fatores (Galinha, 2008). Estudos realizados testaram a hipótese que as características intrapessoais do indivíduo (afetivas e cognitivas) determinavam o seu Bem-estar subjetivo (Brief et al., 1993; Feist et al., 1995 como citado em Galinha & Pais-Ribeiro 2011), ou seja, duas pessoas diferentes em circunstâncias idênticas avaliam o seu bem-estar de maneiras distintas (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011) demonstrando que as variáveis intrapessoais exercem maior influência no bem-estar subjetivo que as variáveis contextuais (figura 1) (Diener & Ryan, 2009; Diener et al., 1999 como citado em Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

Para Giacomoni (2004) a expectativa top-down mostra que a interpretação subjetiva dos eventos é a primeira a influenciar o Bem-Estar Subjetivo, ao contrário das próprias circunstâncias objetivas sugeridas pela abordagem anterior (*bottom-up*).

Figura 1 - Modelo representativo da perspectiva Base-Topo e Topo-Base



**Fonte:** Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J.L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2 (1), 34-53.

No entanto, em 1992, Headey e Wearing questionaram a validade dos modelos *bottom-up* e *top-down* apontando limitações em ambos sugerindo que tanto os fatores contextuais como os intrapessoais tinham impacto no bem-estar subjetivo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011). Os mesmos autores referem ainda que, após um período de tempo, o impacto dos fatores contextuais (como eventos da vida) no BES diminui e os indivíduos retornam ao original nível de bem-estar determinado pelos fatores intrapessoais (Bonanno, Moskowitz, Papa, & Folkman, 2005; Lowenstein & Frederick, 1999; Silver & Wortman, 1980 como citado em Galinha & Pais-Ribeiro, 2011). Alguns estudos correntes suportam esta teoria mostrando

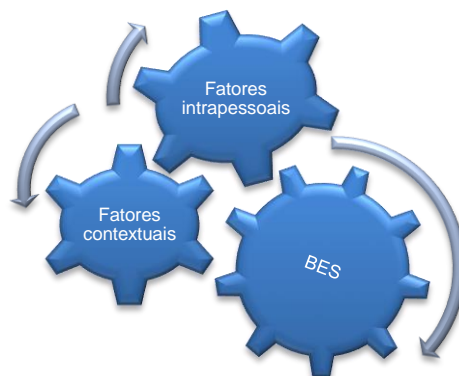
que, com o passar do tempo as pessoas adaptam-se às alterações socio demográficas e ao impacto dos eventos de vida (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

Nos seus estudos, Suh, Diener e Fujita (1996 como citado em Galinha & Pais-Ribeiro, 2011), concluíram que os eventos de vida e personalidade diferem na duração dos seus efeitos no BES sendo que, os eventos de vida produzem um efeito de curta duração (três a seis meses), e por sua vez a personalidade produz um efeito de longa duração (no mínimo dois anos). Também Diener (2000) refere que os efeitos decorrentes de acontecimentos marcantes na vida de um indivíduo perdem o impacto no bem-estar subjetivo ao fim de três meses, devido à adaptação do mesmo aos níveis positivos de felicidade. Ou seja, os indivíduos adaptam-se com grande facilidade e rapidez aos acontecimentos, sendo eles negativos ou positivos.

Apesar de, durante muito tempo, as teorias *Bottom-up* e *top-down* se apresentarem de forma separada, Brief et al. (1993 como citado em Silva, 2009) apresentam um modelo integrativo destas duas perspetivas que tenta explicar a dinâmica do bem-estar. Este modelo integrativo assume que tanto a personalidade como a natureza das circunstâncias de vida influenciam a forma como a pessoa interpreta os eventos da sua vida, sendo esta interpretação a influência na perceção de bem-estar do indivíduo.

A perspetiva integrativa defende que o BES é influenciado por múltiplas variáveis, como o estado emocional do indivíduo, os eventos passados, as expetativas do futuro e comparações sociais, que estabelecem numa interação dinâmica (figura 2) (Suh, Diener, Oishi, & Triandis, 1998; Schwarz & Strack, 1999 como citado em Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

Figura 2 - Modelo representativo da perspetiva Integrativa



**Fonte:** Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J.L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2 (1), 34-53.

Na década de 80 ocorre um novo momento de crise na evolução do conceito de Bem-estar, surgindo uma nova definição do conceito com a distinção entre os conceitos de Bem-estar Subjetivo e Bem-estar Psicológico (Galinha, 2008). Estes conceitos originaram duas perspectivas distintas, apesar de terem o bem-estar como objeto de estudo comum (Duarte, 2013).

Estas duas concepções têm por base duas perspectivas filosóficas distintas: o eudaimonismo e o hedonismo (Santos, 2013).

O eudaimonismo investiga o potencial humano (bem-estar eudemónico) e trata do bem-estar psicológico. Apoiase na noção de que o bem-estar consiste no pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa, ou seja, na sua capacidade de pensar, usar o raciocínio e o bom senso (Siqueira & Padovam 2008). Nesta perspectiva, a felicidade traduz-se na prática da virtude focando-se mais no que a pessoa faz do que no que sente (Lent, 2004 como citado em Santos, 2013).

Por outro lado, a perspectiva hedónica encontra-se relacionada com o estado subjetivo da felicidade (Chaves, 2015) e enquadra-se no constructo do BES. Nesta perspectiva, o bem-estar consiste na procura de experiências de prazer ou felicidade, ou seja, em experienciar sentimentos agradáveis ou de equilíbrio entre os agradáveis e os desagradáveis (Ryan & Deci 2001 como citado em Santos, 2013).

Historicamente a evolução do conceito de Bem-Estar Subjetivo foi caracterizado como sendo abrangente e conceptualmente difuso (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Atualmente, apesar das controvérsias teóricas acerca de sua conceituação, existe um consenso entre os diversos pesquisadores considerando o Bem-estar Subjetivo como “um fator de ordem superior que inclui as avaliações das pessoas acerca dos aspetos de sua vida (satisfação com a vida) aliada às suas respostas emocionais: afetos positivos e afetos negativos” (Barros, 2006; Costa & Pereira, 2007; Galinha & Ribeiro, 2005; Otta & Fiquer, 2004 como citado em Oliveira et al., 2012, p. 1039).

McCullough, Heubner, e Laughlin (2000 como citado em Galinha, 2005) consideram o BES um modelo tripartido constituído por três componentes interrelacionados mas distintos: Satisfação com a Vida Global (avaliação cognitiva positiva da vida pessoal como um todo), o Afeto Positivo e o Afeto Negativo.

Também Diener (2000) considera que existem componentes separados do bem-estar subjetivo: satisfação com a vida (julgamentos globais de vida de cada pessoa), satisfação em importantes domínios da vida (p.e. satisfação no trabalho), afetos positivos (experiências de emoções agradáveis) e baixos níveis de afetos negativos (experiência de poucas emoções desagradáveis). Contudo, apesar de serem consideradas dimensões separadas estão

substancialmente correlacionadas (Diener et al., 1999 como citado em Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Por sua vez, Sirgy (2002) define o BES como um estado afetivo duradouro composto pela experiência acumulada de Afeto Positivo, experiência acumulada de Afeto Negativo e avaliação da Satisfação com a Vida global ou em domínios da vida importantes (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) sendo que o afeto positivo pode ser dividido em emoções como alegria, afeição e orgulho e o afeto negativo pode ser dividido em emoções como vergonha, culpa e tristeza (Diener, Suh, & Oishi, 1997 como citado em Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Desta forma, pode-se afirmar que, um nível de BES adequado pressupõe que o indivíduo reconheça manter um nível elevado na sua satisfação com a vida, alta frequência de experiências emocionais positivas e baixas frequências de experiências emocionais negativas (Siqueira & Padovam, 2008, p.202).

Ou seja,

quanto mais frequentemente um indivíduo experiencia Satisfação com a Vida e “emoções positivas” e menos vezes sofre “emoções negativas”, como tristeza e agressividade, melhor será o seu nível de “bem-estar subjetivo”. Por outro lado, um indivíduo que manifeste insatisfação com a vida, mostre pouca alegria ou Afeto positivo, se abordar frequentemente “emoções negativas” como a agressividade ou a ansiedade, o seu nível de “bem-estar subjetivo” é reduzido (Martins, 2011, p.30)

Em suma, pode-se referir que o Bem-estar Subjetivo diz respeito às avaliações que as pessoas fazem sobre as suas vidas, que podem ser juízos, como a satisfação com a vida, mas também avaliações baseadas em sentimentos, incluindo estados de espírito e emoções (Diener & Chan, 2011). Ou seja, o bem-estar subjetivo, percebido e avaliado por meio de experiências individuais, consiste na autoavaliação manifestada por afetos positivos que se sobressaem aos negativos, pela satisfação global com a vida bem como pela satisfação relacionada a aspetos ou domínios específicos, como saúde, trabalho, independência, entre outros (Diener & Suh, 1997 como citado em Sposito et al., 2010).

## 2.1 – DIMENSÕES DO BEM-ESTAR SUBJETIVO

Para analisar o BES é necessário considerar que cada pessoa avalia a sua própria vida aplicando concepções subjetivas e, nesse processo, apoia-se nas suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências prévias (Siqueira & Padovam, 2008). Desta

forma, é consensual entre os vários investigadores que, o conceito de bem-estar subjetivo é uma entidade multidimensional que integra um componente cognitivo - a satisfação com a vida ou avaliação cognitiva das circunstâncias da vida, bem como a discrepância percebida entre aspiração e realização - e um componente afetivo - afeto positivo e afeto negativo, que remete às reações emocionais (emoções, sentimentos e humores) positivas ou negativas, face à referida apreciação (Santos, 2013).

A **componente cognitiva**, a satisfação com a vida, foi aproximada ao conceito de bem-estar no ano de 1957, numa pesquisa realizada nos Estados Unidos coordenada por Gurin, em que se aferiu níveis de satisfação com a vida, felicidade e moral (Gurin & cols., 1960 como citado em Siqueira & Padovam, 2008). No entanto, foi apenas nos anos 80 que, o conceito de satisfação com a vida foi reconhecido como a dimensão cognitiva do BES (Siqueira & Padovam, 2008).

Segundo Galinha (2008) a avaliação que uma pessoa faz relativamente à sua vida pode assumir a forma de cognição quando a pessoa fornece julgamentos de avaliação conscientes acerca da sua vida como um todo ou acerca de aspetos específicos da sua vida. Segundo o mesmo autor, a satisfação é o grau que a pessoa sente que as suas aspirações foram correspondidas, a medida em que os seus objetivos foram concretizados. Também para Eddington e Shuman (2005) a satisfação global do individuo pressupõe várias dimensões tais como satisfação com a vida corrente, satisfação com o passado, satisfação com o futuro, opiniões de pessoas significativas sobre a nossa vida e o desejo de exercer mudanças na vida.

As várias definições sugerem que a componente cognitiva do Bem-estar Subjetivo abrange julgamentos da vida do próprio, em que compara a vida atual com aquela que desejava estar a viver, ou seja, relaciona-se com o sucesso que desejava ter alcançado e aquilo que na realidade propôs como objetivo para si próprio (Diener et al., 1999).

Por sua vez, a **componente afetiva ou emocional** do BES, teve as suas primeiras formulações, na década de 60, com no trabalho seminal de Bradburn. Segundo Diener e Emmons (1985 como citado em Siqueira & Padovam, 2008, p. 203), “os trabalhos de Bradburn (1969) e Bradburn e Caplovitz (1965) não só introduziram o debate acerca da definição de felicidade nos domínios da psicologia como também apontaram uma forma de mensurá-la por duas dimensões relativamente independentes uma da outra”. Para Bradburn e Caplovitz (1965), o bem-estar subjetivo era um constructo composto por dois conjuntos de sentimentos separados propondo uma estrutura bidimensional para os afetos: afetos positivos e afetos negativos (Siqueira & Padovam, 2008).

Segundo Silva e Heleno (2012), o afeto positivo e o afeto negativo são descrições de um estado emocional sendo o afeto positivo relacionado com sentimentos agradáveis, como prazer e entusiasmo, e o afeto negativo relacionado a emoções desagradáveis tais como ansiedade, aborrecimento, pessimismo e angústia. Na mesma linha de pensamento, Diener (1995 como citado em Scorsolin-Comin & Santos, 2012), considera que o afeto positivo é um contentamento hedônico puro experimentado num determinado momento como um estado de alerta, de entusiasmo e de atividade. É um sentimento transitório de prazer ativo. Por oposição, o afeto negativo refere-se a um estado de distração e engajamento não prazeroso, também transitório, mas que inclui emoções desagradáveis.

Para Crawford e Henry (2004 como citado em Costa, 2013), emoções como a satisfação, confiança e felicidade são preditores de afeto positivo, por outro lado, a solidão, a tristeza e a culpa transparecem o afeto negativo.

Apesar do pressuposto de que os afetos são distintos e contrários, o modelo teórico do Afeto, formulado por Fredrickson (2001 como citado em Galinha, 2008), defende que a forma e a função das emoções positivas e negativas é distinta mas complementar. Para o mesmo investigador, as emoções positivas têm o poder de desfazer o efeito das emoções negativas, otimizam a saúde e o bem-estar e reforçam os recursos de coping.

Por outro lado, Billings et al. (2000 como citado em Galinha, 2008), após realização de um importante estudo longitudinal, demonstrou que as pessoas podem manifestar níveis de afeto positivo significativamente elevados em momentos de vida stressantes, revelando a independência entre as dimensões de afeto, ou seja, o afeto positivo pode ocorrer simultaneamente com o afeto negativo, num período de tempo intensamente stressante, podendo ter um importante significado adaptativo.

## 2.2 – MEDIDAS DE MENSURAÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO

A concetualização do BES e, conseqüentemente, a sua operacionalização em termos de medida têm-se demonstrado confusas e deturpadas não existindo consenso entre os vários investigadores (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Desta forma, muitos têm medido o BES contudo fazem-no de formas muito distintas.

Segundo Pais-Ribeiro (2004 como citado em Galinha, 2008, p. 56),

não existe uma medida de mensuração única, ou um conjunto de medidas, que seja exclusiva para a avaliação do BES ou mais eficaz que outras. Tanto as medidas como as escalas ou os tempos de resposta utilizados serão mais

ou menos eficazes em função dos objetivos de investigação a que se propõem.

O método mais usual de mensuração do BES, segundo Albuquerque e Tróccoli (2004) consiste no uso de autorrelato, no qual o indivíduo julga a satisfação com a sua vida e relata a frequência de emoções afetivas recentes de prazer e desprazer. Segundo os mesmos autores, as medidas de autorrelato parecem ser as mais apropriadas atendendo que somente o indivíduo pode experimentar os seus prazeres e dores e julgar se está satisfeito com sua vida. Também Spirduso (2005 como citado em Oliveira et al., 2012) defende que o BES pode ser mensurado por meio do autorrelato visto que, o Bem-Estar Subjetivo é compreendido como uma sensação emocional pessoal que é relativamente transitória e que pode ser influenciada por fatores ambientais temporários. Pode-se assim considerar que, a medida tradicional de mensuração do bem-estar subjetivo é o autorrelato, mas existem outros métodos usados para sua avaliação (Oliveira et al., 2012).

As escalas de satisfação pessoal são outro exemplo de mensuração do Bem-Estar Subjetivo, contudo, são influenciadas por diversos fatores como renda, raça e emprego, e em uma menor proporção pela educação, estado civil e família (Diener, 1996; Spirduso, 2005 como citado em Oliveira et al., 2012).

Atualmente, os instrumentos mais utilizados para a mensuração do bem-estar subjetivo são a Escala de Satisfação de Vida (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), desenvolvida para analisar a satisfação de vida global em adultos, jovens e em pessoas idosas; e a Escala PANAS (Escala de Afetos Negativos e Positivos) de Watson, Clark e Tellegen (1988) (Oliveira et al., 2012).

A SWLS foi desenvolvida com a finalidade de avaliar a percepção do indivíduo relativamente à satisfação com a sua vida (Diener et al., 1985 como citado em França, 2011), considerada a melhor escala de avaliação da componente cognitiva do BES (Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991 como citado em França, 2011).

A versão portuguesa da SWLS foi efetuada em 1990 por Neto, Barros e Barros, denominando-se por Escala de Satisfação com a vida (ESCV) tendo por base a versão original de Diener et al. (1985 como citado em França, 2011). Posteriormente Simões (1992) apresentou uma nova versão da escala diferindo da de Neto e colaboradores no número de alternativas de resposta apresentadas para cada um dos cinco itens (França, 2011).

A PANAS foi desenvolvida com o objetivo de se tornar um instrumento psicometricamente bem construído, económico e de fácil aplicação que avaliasse os afetos negativos e positivos (Oliveira et al., 2012). Esta escala é um instrumento de avaliação da

componente afetiva do BES responsável pela medição das emoções negativas e positivas (França, 2011).

A escala PANAS foi adaptada à população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro em 2005. Os autores reconstruíram a escala atribuindo relevo às variáveis culturais, contextuais e linguísticas portuguesas. No estudo foram apurados os 20 adjetivos descritivos das emoções positivas e negativas representativos do léxico emocional português (França, 2011).

Apesar de se assumir que a SWLS e a PANAS avaliam respetivamente a dimensão cognitiva e afetiva do BES, Lent (2004 como citado em Nunes, 2010) considera que em cada uma destas dimensões existe uma mistura de bem-estar cognitivo e afetivo onde a avaliação da afetividade exige reflexão (cognitivo) e a avaliação cognitiva envolve processos afetivos.

### 2.3 – DETERMINANTES DO BEM-ESTAR SUBJETIVO

Na literatura atual inúmeros estudos revelam a existência de diferenças significativas nas variáveis associadas à satisfação com a vida, à felicidade e ao afeto quando se consideram características demográficas, sociais e psicológicas dos indivíduos (Monteiro, Dias, Corte-Real, & Fonseca, 2014). Já Diener (1984) defendia que a componente afetiva e cognitiva do bem-estar subjetivo podem ser influenciadas por diversas variáveis, nomeadamente pela idade, sexo ou nível socioeconómico e cultural (Monteiro et al., 2014). Na mesma linha de pensamento, Lykken e Tellegen (1996) e Albuquerque e Tróccoli (2004) consideram que o bem-estar subjetivo sofre influência cultural e da hereditariedade (Monteiro et al., 2014).

Desta forma constata-se que não existe uma resposta simples sobre quais os determinantes do BES. Porém, segundo Luhmann, et al. (2011) e Oishi, Kesebir e Diener (2011) podem ser identificados dois conjuntos de fatores que o influenciam: os intrínsecos ao indivíduo, como aspetos psicológicos, valores, crenças, religiosidade, estratégias de coping, condições de saúde física; e os fatores extrínsecos, tais como aspetos sociodemográficos, culturais e eventos de vida (Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012). No entanto, é necessário ter em conta a existência de incertezas sobre quais os fatores que mais influenciam o BES, bem como quais são os preditores mais significativos dentre os comumente citados (Zhang et al., 2009 como citado em Woyciekoski et al., 2012).

### 2.3.1 – Determinantes sociodemográficos

Os primeiros estudos a serem desenvolvidos sobre a relação entre os fatores sociodemográficos e o BES datam os anos 60 (Galinha, 2008). A investigação realizada por Wilson (1967) concluiu que uma pessoa feliz é uma pessoa jovem, homem ou mulher, saudável, com um nível de escolaridade elevado, casada, bem remunerada e satisfeita com o trabalho (Galina, 2008).

Ao longo dos anos, vários estudos se têm desenvolvido no sentido de verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o bem-estar subjetivo tendo-se verificado que algumas variáveis como género, idade e conjugalidade têm impacto sobre a perceção do indivíduo sobre o seu bem-estar (Galinha, 2008).

Nos seus estudos, Campbell (1976 como citado em Galinha, 2008) concluiu que os fatores sociodemográficos influenciam o BES mas contribuem apenas com 20% na sua variabilidade. Também Diener e colaboradores, num artigo publicado em 1999, destacaram que fatores externos como a saúde, os rendimentos, o nível educacional e a condição conjugal contribuem apenas com uma parte da variância do BES (Woyciekoski et al., 2012).

Na atualidade, “vários investigadores defendem que as condições de vida dos indivíduos são um fator determinante para o BES reunindo um conjunto de evidências científicas que confirmam a implicação das variáveis sociodemográficas no BES dos indivíduos” (Galinha, 2008, p. 87).

Considerando as revisões dos estudos de Larson (1978), Diener (1984) e Diener e colaboradores (1999) as variáveis sociodemográficas que causam impacto no BES são a idade, o género, o estado civil, a educação, o rendimento, a saúde e a religião (Simões et al., 2000). O fator religião não foi contemplado neste estudo mas será referenciado uma vez que foi relatado no discurso de alguns dos inquiridos.

- **Idade**

A influência da idade no bem-estar do indivíduo tem sido amplamente estudada. Desde a década de 70, com a revisão de Larson em 1978, que a maioria dos estudos desenvolvidos demonstra correlações baixas entre o BES e a idade (Simões et al., 2000). No entanto, tende a registar-se um pequeno acréscimo no BES à medida que a idade dos indivíduos aumenta (Argyle, 1999 como citado em Nunes, 2009). Segundo Simões et al. (2000, p.261), “ parece que o paradoxo do bem-estar subjetivo se aplica, particularmente, no caso da idade: apesar das perdas associadas ao avanço da idade, as pessoas, em particular os idosos, não apresentam declínio no seu bem-estar subjetivo”. Estudos realizados por Diener e Suh (1997 como citado em Simões et al., 2000) corroboram este paradoxo, ao

concluírem que a satisfação com a vida não diminui com a idade apesar da afetividade positiva diminuir ligeiramente com as sucessivas coortes de idade, encontrando-se a afetividade negativa estável, de coorte para coorte. Apesar destes resultados é necessário ter em conta que este estudo é de natureza transversal não sendo desta forma possível afirmar-se se as diferenças encontradas são devidas à idade ou à coorte (Simões et al., 2000). No entanto, evidências científicas, baseadas em investigações longitudinais, apontam neste sentido atestando ainda que só a partir de idades avançadas, acima dos 80 anos, é que se verifica uma tendência para a diminuição da satisfação com a vida (Smith et al., 1999 como citado em Simões et al., 2000).

Também a teoria da seletividade socioemocional de Carstensen (1995) relata que a afetividade aumenta com a idade tal como melhora a capacidade de controlo das emoções. Segundo o mesmo investigador, durante o envelhecimento existe uma mudança nas perspetivas temporais onde a pessoa mais velha organiza a sua vida de forma a maximizar as emoções positivas e a minimizar as negativas. Como resultado obtém-se uma melhoria do bem-estar subjetivo onde predominam a afetividade positiva em detrimento da afetividade negativa (Simões et al., 2000).

De um modo geral, os resultados das investigações sobre a associação da idade e o bem-estar subjetivo demonstram-se inconclusivos. Apesar da maioria das investigações demonstrarem que as pessoas idosas são as mais satisfeitas com a vida (Tepperman & Curtis, 1995 como citado em Galinha, 2008) este facto, segundo alguns autores, é devido “a uma diminuição da discrepância entre os objetivos e as condições de vida atingidas” (Argyle, 1999 como citado em Galinha, 2008, p. 89), ou seja, as pessoas tendem a ajustar os seus objetivos consoante a sua idade.

Myers (2000 como citado em Nunes, 2009) refere que em qualquer altura da vida existem pessoas felizes e infelizes no entanto o que pode mudar são os preditores da felicidade. Os idosos tendem a valorizar domínios da vida, como a saúde e as relações sociais, em detrimento de outros valorizados por pessoas mais jovens.

- **Género**

Em relação à variável género, vários estudos relatam que o seu efeito sobre o bem-estar subjetivo é inexistente ou bastante ténue (Diener & Diener, 1995; Simões et al., 2006 como citado em Mónico, Frazão, Clemente, & Lucas, 2012). Das investigações desenvolvidas existem as que não encontraram diferenças de género enquanto outras revelaram diferenças a favor dos homens (Simões et al., 2000) considerando os homens como os mais felizes e as mulheres como as que experienciam mais afetos negativos e maior prevalência de depressão (Diener et al., 1999 como citado em Galinha, 2008). Apesar deste facto, outros estudos

revelam que as mulheres experienciam, em simultâneo, emoções positivas e emoções negativas que se equilibram e originam níveis de bem-estar global semelhante ao dos homens (Lee, Seccombe, & Shehan, 1991 como citado em Galinha, 2008).

Contudo, numa meta-análise que sintetizou 300 estudos empíricos relacionados com as diferenças na satisfação de vida e felicidade, Pinquart e Sorensen (2001, como citado em Fiquer, 2006, p.25) concluíram que as mulheres relatam um menor Bem-Estar Subjetivo do que os homens (Mónico et al., 2012).

- **Estado Civil**

Relativamente ao estado civil, a generalidade dos estudos menciona a existência de correlações positivas entre o Bem-Estar Subjetivo e a condição de casado ou união de fato (Mónico et al., 2012). Ou seja, a presença de um parceiro estável e de relações de amizade tendem a contribuir de forma significativa na qualidade de vida e no BES (Woyciekoski et al., 2012).

Estudos realizados na Europa e nos Estados Unidos sugerem que os casados são mais felizes e satisfeitos com a vida do que viúvos e divorciados, e entre os casados, aqueles com maior satisfação conjugal reportam maiores níveis de BES (Suhail & Chaudhry 2004 como citado em Woyciekoski et al., 2012).

A satisfação com o casamento revela-se um importante preditor do Bem-Estar Subjetivo (Anderson, 1997; Shek, 1995 como citado em Simões et al., 2000). Por sua vez, o divórcio exerce um impacto negativo na felicidade assim como os segundos casamentos tendem a ser menos felizes que os primeiros (Porto, 2012). No entanto, comparando os casados com os não casados, a diferença nos níveis de BES não é significativa (Dush & Amato, 2005 como citado em Woyciekoski et al., 2012).

O casamento é a característica sociodemográfica com maior influência na satisfação com a vida global (Headey, Veenhoven, & Wearing, 1991 como citado em Galinha, 2008), no bem-estar subjetivo e na saúde física e mental dos indivíduos (Argyle, 1999 como citado em Galinha, 2008). A possibilidade de estar vinculado a amigos ou parceiros, compartilhando uma intimidade, promove sentimentos positivos e ajuda na superação do stress e das dificuldades (Pavot, Diener, & Fujita, 1990 como citado em Woyciekoski et al., 2012). Considerando os estudos de Hong e Guff (1997) é possível afirmar-se que ter um cônjuge é um forte preditor de satisfação com a vida (Scorsolini-Comin & Santos, 2012).

Contudo, “existem características culturais relacionadas com o estatuto do casamento nas sociedades, que podem ser mediadoras da relação entre o bem-estar subjetivo e o casamento” (Galinha, 2008, p. 92). Nas sociedades individualistas, os indivíduos em união de

facto são mais felizes que os casados ou solteiros. Contrariamente, nas sociedades coletivistas os indivíduos que vivem numa relação conjugal são menos felizes que os casados ou solteiros podendo ser devido à influência do estigma social face à relação fora do casamento (Diener et al., 1999).

Especificamente no grupo etário dos idosos, um estudo realizado sobre o bem-estar da pessoa idosa em meio rural, verificou a existência de diferenças significativas entre casados e viúvos, apresentando os idosos casados menos sentimentos de solidão/insatisfação. Para além disso, também os idosos casados fazem uma avaliação mais positiva do ambiente e do apoio das redes sociais, manifestam um ânimo significativamente mais elevado e apresentam melhor bem-estar comparativamente aos idosos viúvos (Mónico et al., 2012).

- **Educação**

Tal como na idade, a escolaridade apresenta uma relação positiva, embora reduzida, com o bem-estar subjetivo (Galinha, 2008). Desde a década de 50 que o número de anos de escolaridade se associa positivamente a felicidade (Easterlin, 1974; Blanchflower & Oswald, 2004 como citado em Porto 2012). Graham (2011, como citado em Dantas, 2015), a literatura sugere uma associação positiva entre nível de instrução e felicidade. No entanto, Blanchflower e Oswald (2011) apontam que esta associação positiva apenas se deve ao maior rendimento que níveis de escolaridade mais elevados trazem (Porto, 2012). Também Clark e Oswald (1996) verificaram que, mantendo o rendimento constante, os níveis de satisfação diminuía fortemente com o aumento dos níveis de educação (Porto, 2012).

Desta forma, pode-se verificar que a influência da escolaridade no BES deve-se à correlação entre esta variável, os rendimentos e o estatuto profissional (Diener et al., 1999).

- **Rendimento**

As condições socioeconómicas apresentam uma relação positiva com o bem-estar subjetivo que é muito forte nos níveis inferiores de rendimento enfraquecendo há medida que se avaliam os níveis mais elevados (Galinha, 2008).

Num estudo realizado por Pinol e Uralde (2005) foi demonstrado que a pobreza exerce um efeito marcante no bem-estar subjetivo, tendo esta explicado 29,16% da variância do BES (Woyciekoski et al., 2012). Também o estudo de Minkov (2009) concluiu que a pobreza predisse infelicidade explicando 31% da sua variância (Woyciekoski et al., 2012). Num estudo comparativo entre vários países, a satisfação com o rendimento foi um forte preditor da satisfação com a vida nos países pobres (Diener & Diener 2005 como citado em Galinha, 2008) revelando assim que a riqueza é um preditor do BES entre os países pobres, mas não

em países em desenvolvimento (Diener & Diener 2002; Suh & Oishi 2002 como citado em Woyciekoski et al., 2012).

A nível individual, estudos têm revelado que “mudanças no nível de rendimentos podem ter uma influência momentânea no BES que se atenua com o passar do tempo, sugerindo que as pessoas se adaptam ao seu nível de rendimento” (Galinha, 2008, p. 93). Apesar de alguns autores considerarem as pessoas mais ricas são mais felizes (Argyle, 1999 como citado em Galinha, 2008), existem casos em que a relação entre os rendimentos e a satisfação com a vida é fraca. Tal pode ser devido ao facto dos indivíduos acreditarem que a realização pessoal ou a busca de um sentido para a vida dependem dos bens materiais, e, ao se deparem que tal não acontece sentem desapontamento (Argyle, 1999 como citado em Galinha, 2008). Alguns estudos revelam que, por vezes, o aumento do rendimento causa efeitos negativos no BES (Simões et al., 2000). Num estudo experimental, Thoits e Hanna (1979) aumentaram o rendimento dos indivíduos verificando que esse aumento causava um acréscimo dos níveis de mal-estar (Simões et al., 2000). Da mesma forma, Scorsolini-Comin e Santos (2012) referem que aumentos na riqueza pessoal não resultam em elevação dos níveis de felicidade em pessoas que aspiram fortemente a obtenção de dinheiro e riqueza.

Sendo assim, “as pesquisas parecem apontar que o dinheiro pode trazer felicidade, assim como sua falta pode gerar infelicidade. Porém, parece constituir-se muito mais como um importante coadjuvante do que como o ator principal da cena da felicidade”. (Woyciekoski et al., 2012, p. 284).

Segundo os mesmos autores, “é possível uma comparação de riqueza com saúde, isto é, a falta pode levar à miséria, mas a sua posse não garante a felicidade” (Woyciekoski et al., 2012, p. 284).

- **Saúde**

As sucessivas revisões dos estudos sobre o bem-estar subjetivo indicam que a saúde é um dos preditores mais eficazes do BES (Simões et al., 2000). Contudo é necessário considerar que é a saúde subjetiva, isto é, a percepção que o indivíduo tem do seu estado físico, que mais se relaciona com o BES sendo a correlação fraca deste com a saúde objetiva, ou seja, a avaliação da mesma pelo médico (Simões et al., 2000). Assim sendo, a percepção da saúde parece ser mais importante para a variabilidade do bem-estar subjetivo do que propriamente a saúde objetiva (Galinha, 2008). No entanto, é necessário ter em consideração que esta interpretação subjetiva do indivíduo relativamente à sua saúde sofre influência da sua personalidade, do afeto negativo e da saúde objetiva (Galinha, 2008).

A personalidade é um fator influente no modo de percepção do estado de saúde. Estudos revelam que um indivíduo otimista mais facilmente percebe que goza de um bom

estado de saúde do que os que não o são constituindo esta percepção um fator de promoção do BES (Simões et al., 2000; Simões et al., 2003 com o citado em Nunes, 2009).

Considerar a saúde como principal geradora de satisfação com a vida é questionável. Em várias situações, as pessoas com deterioração física acentuada não se mostram menos satisfeitas com a vida do que os indivíduos saudáveis (Simões et al., 2000). Este facto pode ser explicado pelos mecanismos de coping e a desejabilidade social. A adaptação também tem sido considerada como uma razão para a diferença no BES entre os indivíduos doente e saudáveis sugerindo que as pessoas, com o tempo, adaptam-se à sua condição (Galinha, 2008).

Um estudo desenvolvido por Adkins et al. (1996) revelou que a influência da saúde no moral só se manifestava nos indivíduos que começam a ter sérios problemas de saúde, neste caso os sexagenários e maioritariamente nos octogenários, o que não acontecia nos centenários talvez devido ao longo tempo que tiveram para se adaptarem à sua incapacidade ou doença (Simões et al., 2000).

Para Simões et al. (2000), o efeito negativo da saúde sobre o bem-estar subjetivo só se verifica a partir de um grau considerável de deterioração da mesma, ou seja, o BES é ligeiramente inferior nos casos em que a severidade da doença gera incapacidade, disfuncionalidade ou cronicidade (Galinha, 2008).

- **Religião**

Apesar de não ter sido contemplada neste estudo, pareceu pertinente abordar a variável religião, neste capítulo, uma vez que a maioria dos inquiridos descreveram-se como católicos.

Uma atitude religiosa apresenta um efeito positivo, embora modesto, especialmente para os mais idosos (Galinha, 2008). Segundo a evidência de alguns estudos, a religião parece ter um efeito significativo no BES (Simões et al., 2000). Segundo o mesmo autor, podem ser vários os mecanismos que levam a que a religião tenha um impacto sobre o BES. Um deles pode ser pelo facto de a religião proporcionar um sentido para a vida (Simões et al., 2000). Um deles pode ser devido ao facto de a religião proporcionar um sentido para a vida (Simões et al., 2000). Segundo a investigação de King e Napa (1999 como citado em Simões et al., 2000), o sentido para a vida era considerado um elemento essencial para uma “vida boa”. Segundo um estudo de Chumbler (1999), nos indivíduos com uma elevada fé religiosa, crença no poder divino e envolvimento religioso observa-se uma forte relação entre a religiosidade e a satisfação com a vida (Galinha, 2008). Outro mecanismo de influência da religião sobre o BES deve-se aos aspetos institucionais da mesma. Isto é, pertencer a um

grupo religioso confere identidade social e define um sistema de relações interpessoais para os indivíduos com horizontes sociais escassos (Simões et al., 2000).

De um modo geral, “a religião parece fornecer benefícios psicológicos e sociais, um sentido para a vida ou para os eventos perturbadores e suporte social” (Galinha, 2008, p. 98). Desta forma, estudos demonstram que as pessoas religiosas tendem a ser mais felizes que as não religiosas (Ellison, 1991; Myers, 1992; Pollner, 1989 como citado em Galinha, 2008).

### **2.3.2 – Determinantes socio culturais e familiares**

As correntes teóricas contemporâneas sugerem que o significado que as pessoas atribuem ao conceito de felicidade e satisfação com a vida varia nas diferentes culturas, e que estas são determinantes para modelar os comportamentos individuais e grupais (Woyciekoski et al., 2012).

Atendendo a esta questão, ao longo dos anos foram desenvolvidos estudos entre diferentes culturas com o objetivo de analisar um conjunto de variáveis que se correlacionam com a variabilidade do BES (Galinha, 2008).

Destes estudos duas dimensões culturais têm sido amplamente estudadas nas sociedades: o individualismo e o coletivismo (Galinha, 2008).

Em sociedades individualistas, nomeadamente nas sociedades ocidentais, os julgamentos sobre o BES baseiam-se fortemente nas experiências emocionais das pessoas e na sua autoestima em que a satisfação com a vida é mais relacionada à autonomia dos indivíduos (Larsen & Eid 2008 como citado em Woyciekoski et al., 2012). Por outro lado, o coletivismo dá ênfase ao funcionamento harmonioso do grupo de pertença onde o indivíduo é definido pela matriz social em que está integrado. O indivíduo procura não se distinguir dos outros mas harmonizar-se com o grupo de pertença (Galinha, 2008).

Embora as nações individualistas, marcadas pela liberdade política, geralmente apresentarem maiores níveis de BES do que nas culturas coletivistas (Suh et al., 1998 como citado em Woyciekoski et al., 2012) “a variável cultural do individualismo-coletivismo revela efeitos complexos” (Galinha, 2008, p.153).

Nas culturas individualistas apesar das pessoas possuírem maiores níveis de autonomia e relatarem níveis de BES elevados, também são aquelas com maiores problemas relacionados a suicídio e divórcio (Diener & Suh 2003 como citado em Woyciekoski et al., 2012).

Existem também diferenças importantes no modo como as nações valorizam a vivência de algumas emoções. Nas culturas individualistas, os indivíduos usam o seu

equilíbrio afetivo como primordial fator para avaliar a sua satisfação com a vida enquanto que os indivíduos nas culturas coletivistas atribuem um peso superior às normas que ditam a satisfação com a vida (Galinha, 2008).

De uma forma geral, as diferenças internacionais relativamente ao BES referem-se a diferenças no salário, individualismo, direitos humanos e igualdade social (Larsen & Eid 2008 como citado em Woyciekoski et al., 2012).

Tal como foi referido no capítulo da influência das variáveis sociodemográficas, designadamente no estado civil, estabelecer relações interpessoais seja de amizade ou de conjugalidade interferem na perceção do bem-estar subjetivo influenciando-o de forma positiva.

Existem evidências de que a satisfação com a vida dos indivíduos está associada a comparações sociais com aqueles a que estes consideram como significativos (Goethals & Klein 2000 como citado em Woyciekoski et al., 2012). Também outros autores referem que as interações sociais podem influenciar decisões e aspirações individuais (Mair & Thivierge-Rikard 2010 como citado em Woyciekoski et al., 2012).

Estudos realizados sobre a influência de relações de amizade e da família no bem-estar subjetivo dos indivíduos revelam que, apesar de se pensar que a família e os amigos desempenham funções de suporte semelhantes, verifica-se que, em algumas sociedades, as relações de amizade podem contribuir mais fortemente no bem-estar em adultos mais velhos do que as relações familiares (Adam & Blieszner 1995 como citado em Cheng, Li, Leung, Chan, 2011). A principal razão prende-se com a natureza das atividades e com o tempo passado com os amigos e com a família. As relações de amizade não estão vinculadas por papéis estabelecidos e são baseadas na reciprocidade (Cheng et al., 2011).

No entanto, num estudo realizado por Thompson e Heller (1990 como citado em Cheng et al., 2011) numa amostra de mulheres mais velhas nos Estados constatou-se que o apoio da família, e não dos amigos, era preditivo do bem-estar psicológico sendo apenas descrito que as relações de amizade eram importantes apenas para aqueles com laços familiares fracos (Cantor, 1979; Rook & Schuster 1996 como citado em Cheng et al., 2011).

Da mesma forma, num estudo desenvolvido na população idosa Chinesa foi demonstrado que as relações entre a família vertical (pais, cônjuge, filhos, netos) e a família horizontal (irmãos, primos) influenciavam o bem-estar de forma positiva (Cheng et al., 2011).

Para os idosos, a família constitui o principal sistema de suporte apesar das dificuldades vivenciadas nos dias que decorrem (Redante et al., 2005 como citado em Andrade & Martins, 2011) sendo “as relações familiares as que os idosos vivem com mais

intensidade, e sendo que a importância da estrutura familiar na sua vida é fundamental, têm implicações no seu bem-estar e respetiva qualidade de vida” (Costa, Coelho, & Oliveira, 2007 como citado em Andrade & Martins, 2011, p. 188).

Assim sendo, os vários estudos desenvolvidos sobre a relação entre família e BES, apontam para a existência de importantes contribuições da família na modulação do BES dos seus membros (Woyciekoski et al., 2012).

Pesquisas envolvendo o suporte social e os conceitos relacionados (rede social, satisfação com relacionamentos), em diferentes contextos culturais, também têm demonstrado a presença de uma associação entre o suporte social e o BES ao longo do ciclo vital, mas especialmente na longevidade (Khan & Husain 2010; Kutek, Turnbull, & Fairweather-Schmidt, 2011 como citado em Woyciekoski et al., 2012).

De uma forma global, as pessoas que recebem suporte social usufruem de mais saúde e BES, e menos depressão e solidão (Chalise, Saito, Takahashi, & Kai, 2007 como citado em Woyciekoski et al., 2012). Desta forma, a existência de relações interpessoais de apoio promovem níveis mais elevados de bem-estar, ao passo que, baixos níveis de suporte aumentam a suscetibilidade dos indivíduos ao stress psicológico e a doenças físicas (Kirana, Rosen, & Hatzichristou, 2009 como citado em Woyciekoski et al., 2012).

Alguns pesquisadores inclusive propuseram que o suporte social não apenas se relaciona, mas é necessário para o BES (Diener & Oishi 2005; Diener & Seligman 2002 como citado em Woyciekoski et al., 2012).

### **2.3.3 – Personalidade como determinante do Bem-estar subjetivo**

Na literatura atual existem evidências de que a influência da personalidade no bem-estar é significativa sendo considerada como um dos seus mais fortes e consistentes preditores (Woyciekoski et al., 2012). Uma meta análise desenvolvida por Steel, Schmidt e Shultz (2008) concluiu que até 39% da variância do BES pode ser explicada por traços de personalidade (Woyciekoski et al., 2012).

Os traços de personalidade podem ser definidos como tendências de resposta característica composta por uma componente biológica e uma componente adquirida (Galinha, 2008). Segundo Diener, Oishi e Lucas (2003), as diferenças individuais de personalidade e BES emergem cedo na vida, permanecem estáveis ao longo do tempo, e detêm um componente genético de moderado a forte (Woyciekoski et al., 2012). Essas proposições levaram alguns autores a afirmar que o BES é determinado por predisposições inatas (Bartels & Boomsma 2009; De Neve, 2011 como citado em Woyciekoski et al., 2012).

A associação entre personalidade e o BES tem sido estudada, maioritariamente, segundo o modelo dos Cinco Grandes Fatores de personalidade de Costa e McCrae (1992 como citado em Galinha, 2008). Os cinco traços que compõem o modelo são: a extroversão, a amabilidade, a conscienciosidade, o neuroticismo e a abertura à experiência (Simões et al., 2000). Partindo deste modelo, as pesquisas têm indicado que particularmente a Extroversão (a quantidade e intensidade das relações interpessoais) e o Neuroticismo (instabilidade emocional ou dificuldade de adaptação) associam-se ao BES (Garcia & Erlandsson 2011; Steel et al., 2008 como citado em Woyciekoski et al., 2012) sendo a felicidade caracterizada por altos níveis de extroversão e baixos níveis de neuroticismo (Woyciekoski et al., 2012). No que respeita à extroversão e ao neuroticismo, Costa e McCrae (1980) revelaram que a primeira está relacionada com o afeto positivo e a segunda com o afeto negativo (Simões et al., 2000). Headey e Wearing (1992) apontam que as pessoas extrovertidas experienciam mais eventos positivos enquanto que os neuróticos experienciam geralmente mais eventos negativos.

Apesar da atenção empírica se debruçar sobre estes dois traços de personalidade, existem outros fatores que se correlacionam com o BES, embora de forma mais modesta. Por exemplo, a amabilidade (qualidade das relações interpessoais) e a conscienciosidade (empenhamento do indivíduo no cumprimento de tarefas e grau de controlo dos impulsos) correlacionam-se com o BES embora em níveis inferiores aos da extroversão e neuroticismo (Galinha, 2008). A relação entre estes dois fatores parece depender das recompensas do meio circundante. Ou seja, as pessoas amáveis e conscienciosas tendem a receber mais reforço positivo do meio envolvente levando a um BES mais elevado (Galinha, 2008). O estudo de DeNeve e Cooper (1998) surpreendentemente revelou que a mais forte correlação com a satisfação com a vida era a conscienciosidade (Simões et al., 2000).

A abertura à experiência, por sua vez, tem sido relacionada ao afeto positivo e negativo. Num estudo conduzido por Gutiérrez et al. (2005), este fator constituiu um preditor significativo do afeto e também se correlacionou com o afeto negativo (Woyciekoski et al., 2012).

Para além dos traços de personalidade referidos no modelo dos Cinco grandes Fatores, outros traços têm recebido a atenção por parte dos investigadores. Como exemplos temos a otimismo e a auto estima (Galinha, 2008).

O otimismo foi relacionado com o BES visto estar associado à promoção de estratégias de coping ativas e orientadas para a resolução de problemas (Perova & Enikolopov 2009; Quevedo & Abella 2010 como citado em Woyciekoski et al., 2012). Os indivíduos otimistas acreditam que o seu sucesso depende do seu empenho face aos objetivos. Resultados de

estudos analisados por Scheier e Carver (1993) revelam que as pessoas otimistas mantêm níveis elevados de BES mesmo quando enfrentam uma situação de dificuldade (Galinha, 2008).

Por sua vez, a auto estima varia positivamente com o bem-estar subjetivo em várias sociedades no entanto não pode ser considerada como um determinante universal do BES (Galinha, 2008).

Outra perspectiva, relacionada com a personalidade, que tem suscitado interesse entre os investigadores é a relação entre as metas pessoais e o BES (Nunes, 2009). Segundo Diener (1984), o BES depende do atingimento das metas individualmente propostas ou, pelo menos, se registarem progressos em relação na direção das mesmas. Ou seja, os indivíduos reagem de forma positiva quando se aproximam ou alcançam as metas estabelecidas e de forma negativa quando não são capazes de as atingir (Simões et al., 2000).

Especificamente relacionado com as metas dos idosos, Rapkin e Fisher (1992) verificaram que nem todas as metas estavam relacionadas positivamente com o BES (Nunes, 2009). O efeito era positivo quando se tratava de metas de manutenção social (visando dar continuidade às relações estabelecidas com outras pessoas e com a comunidade envolvente) e de estilo de vida energético (ser saudável, conduzir uma vida ativa e independente). A relação metas/BES era negativa quando aquelas se traduziam em termos de desvinculação (libertar-se de obrigações sociais e comunitárias), de estabilidade (em relação à vizinhança e ao sistema de saúde) e de atividade (reduzir o nível de atividade) (Simões, 2006 como citado em Nunes, 2009, p.32).

Tendo em consideração os vários estudos desenvolvidos, é permitido pensar que algumas pessoas podem ser mais felizes em função dos seus traços de personalidade e de um conjunto de outros fatores intrínsecos que dispõe (Woyciekoski et al., 2012). Assim, segundo os mesmos autores, “uma pessoa feliz extrovertida, aberta a novas experiências, sociável, autoconfiante, determinada e otimista. É aquela cognitivamente capaz de ver o mundo de forma positiva ou neutra” (p. 283).

De facto, reconhecer quais os traços de personalidade que mais se correlacionam com o BES não é consensual (Galinha, 2008). No entanto, os vários estudos demonstram as contribuições das demais dimensões dos Cinco Grandes Fatores no mesmo (Woyciekoski et al., 2012).

## 2.4 – BEM-ESTAR SUBJETIVO NA PESSOA IDOSA

Com aumento da população idosa e as consequências que advêm do envelhecimento vários estudos têm sido desenvolvidos, nas últimas décadas, com o intuito de descrever os fatores que influenciam o bem-estar subjetivo do idoso (Carriere & Pelletier 1995 como citado em Mónico et al.,2012) e para ampliar o entendimento de como as pessoas em idade avançada percebem a vida (Benedetti et al., 2004 como citado em Paula, Frota, Rocha, Matos, & Tolentino, 2010).

Investigações têm demonstrado que há medida que as pessoas envelhecem tornam-se mais felizes, vivenciando um diminuído afeto negativo e experienciando maiores níveis de afeto positivo e de satisfação com a vida (Carstensen, Pasupathi, Mary,& Nesselroade, 2000; Charles, Reynolds, & Gatz, 2001; Kuzmann, Little, & Smith, 2000 como citado em Faustino, 2014). Na minha linha de pensamento, Barros (2006 como citado em Oliveira et al., 2012) aponta que a minimização dos afetos negativos pode ser devido ao facto de as pessoas tornam-se emocionalmente mais estáveis à medida que envelhecem. Por sua vez, o facto da satisfação com a vida aumentar ao longo do tempo pode ser resultante do grau de maturidade da pessoa e da consecução de suas metas individuais.

Segundo Néri (2004 como citado em Oliveira et al., 2012), o bem-estar subjetivo na velhice é percebido como a capacidade de recorrer a mecanismos compensatórios, tais como trabalho e envolvimento em grupos de atividade sociais, podendo ser entendido como o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as suas dimensões (Ramos, 2003 Oliveira et al.,2012).

Também outros autores (Barros, 2006; Guedea et al.,2006 como citado em Oliveira et al., 2012) relatam o Bem- Estar Subjetivo como um importante indicador de adaptação na terceira idade, destacando que a capacidade de adaptação está diretamente relacionada à percepção de bem-estar.

Os vários estudos têm demonstrado que este constructo sofre a influência de múltiplos fatores de natureza física, sociodemográfica e social (Cardoso & Ferreira, 2009; Paúl, 1991; Staudinger, Fleeson, & Baltes, 1999 como citado em Mónico et al., 2012). Religiosidade, estado civil e metas de vida são fatores que podem influenciar diretamente o BES de idosos (Cervo & Bervian 2002 como citado em Paula et al., 2010) no entanto, existem fatores associados ao processo de envelhecimento que podem interferir de forma negativa no bem-estar subjetivo. Segundo os mesmos autores, a existência de doenças, problemas familiares,

estereótipos relacionados à velhice e o baixo senso de autoeficácia podem comprometer o BES dos idosos.

Spirduso (2005 como citado em Oliveira et al., 2012) alerta que uma saúde debilitada afeta negativamente o bem-estar do indivíduo. Uma pessoa com problemas de saúde poderá apresentar percepções de bem-estar e satisfação diminuídos, afetando de forma significativa a qualidade de vida. “A perda da saúde é um fator de contribuição importante para um declínio na sensação geral de bem-estar” (Spirduso, 2005 como citado em Oliveira et al., 2012, p. 1043).

Outras investigações mostram que as dificuldades em realizar atividades de vida diária, devido a problemas físicos, interferem na relação social com outros indivíduos e na autonomia e resultam em prejuízos à saúde emocional dos idosos. Estas dificuldades levam a baixos níveis de autonomia e a altos níveis de depressão e ansiedade (Catarino, 2011). Também Rabelo e Neri (2005 como citado em Sposito et al., 2010, p.104) afirmam que “as limitações funcionais podem influenciar a autoestima, e, ao correlacionar a percepção subjetiva frente aos fatos vividos, os indivíduos podem rebaixar o nível de bem-estar subjetivo”.

Outro fator com influência no BES dos idosos refere-se ao local onde reside. Estar institucionalizado ou continuar a viver no ambiente conhecido e que lhe é familiar também influencia o Bem-Estar Subjetivo (Mónico et al., 2012). Viver no seu próprio lar favorece ao idoso um sentimento de identidade, de segurança e de posição, permite um sentimento de valorização e de independência, portanto é natural que os idosos expressem elevados níveis de satisfação com o seu lar (Rowles, 1990; Hortelão, 2004 p. 122 como citado em Mónico et al., 2012). Os idosos, neste contexto, caracterizam-se por serem mais ativos, otimistas e com uma maior vontade de viver (Amaral, 1995 como citado em Mónico et al., 2012).

Por outro lado, os idosos institucionalizados podem apresentar perdas significativas no BES devido às condições de vida adotadas nessas instituições. “A rotina diária, a falta de convívio familiar, as restrições sociais, laborais e ambientais, além do cuidado padronizado e, geralmente, de baixa qualidade, induzem a sentimentos de infelicidade e perda da autonomia nos idosos” (Cozzant; Mauerberg, 2005 como citado em Paula et al., 2010, p. 106).

Contrariamente aos idosos residentes em suas casas, os idosos residentes em lares mostram-se mais inativos, pessimistas e apáticos (Amaral, 1995 como citado em Mónico et al., 2012).

Num estudo realizado sobre a satisfação de vida em idosos residentes em diferentes contextos, Paúl (1991 como citado em Mónico et al., 2012) verificou que os idosos institucionalizados apresentavam um índice mais elevado nos itens relativos à solidão e insatisfação mas, evidenciaram atitudes mais positivas face ao próprio envelhecimento

comparativamente com os idosos residentes na comunidade e com os que tinham apoio domiciliário de uma instituição particular de solidariedade social.

Outros estudos realizados acerca do BES em idosos apontaram que os índices mais elevados de bem-estar referiam-se aos idosos que vivem em ambiente rural e que possuem suporte social (Sequeira & Silva 2002 como citado em Oliveira et al., 2012). Por outro lado, os idosos residentes em ambiente rural ou urbano apresentaram índices significativamente maiores de afetos positivos e baixos afetos negativos do que idosos que vivem em ambiente rural ou agrário (Albuquerque & Sousa, 2008 como citado em Oliveira et al., 2012).

Apesar da influência dos diversos fatores como os sociodemográficos, a saúde, o ambiente social, Barros (2004 como citado em Nunes, 2009) refere que estes fatores não explicam por si só o bem-estar das pessoas idosas. Segundo o mesmo autor (2006 como citado em Nunes, 2009, p.44) “a felicidade parece depender mais das características da personalidade, bem como das influências do desenvolvimento ao longo da vida, do que qualquer outro fator”.

Com base na evidência de alguns estudos, Neto (1999 como citado em Nunes, 2009) descreve que os idosos não se demonstram mais nem menos satisfeitos com a sua vida comparativamente a outros grupos etários apesar de poderem ter mais problemas de saúde, financeiros ou outros.

Também nos seus estudos, Campbell et al. (1976) referem que os idosos apresentam pontuações mais baixas de felicidade mas mais elevados na satisfação com a vida contrariamente ao demonstrado em pessoas mais jovens que apresentam maiores níveis de felicidade mas mais baixos níveis de satisfação com a vida (Nunes, 2009). Os resultados destes estudos encontram-se em concordância com as pesquisas realizadas sobre a temática que apoiam a teoria da seletividade socio emocional. Esta teoria considera que “a experiência e a maturidade adquirida ao longo do tempo, ou seja, no processo de envelhecimento, estabilizam os afetos tornando as emoções mais bem reguladas, e, conseqüentemente, proporcionando um maior sentimento de bem-estar” (Oliveira et al., 2012, p. 1044).

Em suma, e segundo Gracia (1997 como citado em Neto, Lima, Gomes, Santos, & Tolentino, 2012), o bem-estar subjetivo na terceira idade está associado a uma forma de envelhecimento saudável sendo um indicador de saúde mental e também sinónimo de felicidade, ajuste e integração social (Anguas, 1997 como citado em Neto et al., 2012).



### 3 – ESTADO DA ARTE NO DOMÍNIO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO DA PESSOA IDOSA

O estudo do bem-estar subjetivo tem crescido reconhecidamente nos últimos anos. Inserido no domínio da Psicologia Positiva, o conceito de BES tem recebido várias nomeações tais como: felicidade, satisfação com a vida, estado de espírito e afeto positivo além de também ser considerado como a avaliação subjetiva da qualidade de vida. “Refere-se ao que as pessoas pensam e como elas se sentem sobre as suas vidas” (Giacomoni, 2004, p. 43).

Atendendo que o bem-estar subjetivo está associado à saúde e longevidade e que como refere Seligman (2004, p.55 como citado em Passareli & Silva, 2007, p. 515) “a emoção positiva funciona como previsão de saúde e longevidade, que são bons indicadores de reservas físicas”, torna-se pertinente conhecer o bem-estar subjetivo percebido pela pessoa idosa, analisando fatores que o determinam, acreditando que, só assim, é possível repensar práticas e elaborar e implementar estratégias promotoras de uma melhor auto estima e satisfação com a vida para que resulte num prolongar da vida e um envelhecimento o mais saudável e bem-sucedido possível.

De seguida, serão apresentados alguns dados obtidos por diversos autores que pretendiam igualmente conhecer e perceber o bem-estar subjetivo dos idosos tal como os fatores que influenciam essa percepção.

Magarreiro (2008) realizou um estudo com o objetivo de determinar a influência da autonomia e o meio ecológico sobre o BES, em idosas institucionalizadas. Neste estudo participaram 36 indivíduos, do sexo feminino, institucionalizados e sem deterioração cognitiva. Foram selecionadas 24 idosas num lar de Lisboa e 12 idosas em três lares do concelho de Elvas, Alentejo. Utilizou-se o MAB (Método de Avaliação Biopsicossocial – Botelho, 2000), para classificação da autonomia funcional. Posteriormente, foram criados três grupos, com base na avaliação da funcionalidade e no meio ecológico: independente/urbano, dependente/urbano e dependente/rural. A cada participante foi aplicada, de forma individual, a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), (Diener *et al.*, 1985) e a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), (Watson, Clark e Tellegen, 1988).

Os resultados demonstraram que, relativamente ao BES, não existem diferenças entre as idosas independentes e as idosas dependentes. Em relação ao meio ecológico

constatou-se que as idosas institucionalizadas residentes em meio rural apresentam valores bastante mais elevados de satisfação de vida e de afetividade positiva (PA). Apesar do nível de a afetividade negativa (NA) não diferir entre os grupos, o valor da diferença entre PA e NA é superior no meio rural. Isto revela que as idosas institucionalizadas em contexto rural apresentam uma maior preponderância em duração e intensidade das emoções positivas sobre as emoções negativas, comparativamente com as idosas institucionalizadas residentes em contexto urbano.

Nunes (2009) realizou um estudo intitulado “Promoção do Bem-estar Subjetivo dos idosos através da Intergeracionalidade”. Este estudo pretendeu estudar as implicações do contacto intergeracional no bem-estar subjetivo experienciado por idosos que integram centros de dia que desenvolvem programas intergeracionais com crianças. A amostra compreendeu 30 idosos, que frequentavam três Centros de Dia dos distritos de Coimbra e Aveiro, com uma média de idades de 82 anos. Os resultados revelaram que as atividades intergeracionais apareceram significativamente correlacionadas com os afetos positivos sendo que, à medida que se elevam as pontuações das atividades intergeracionais aumentam os valores de afeto positivo. Também as atividades intergeracionais apareceram correlacionadas significativamente com o contacto com netos/bisnetos menores sendo que os valores do contacto com os netos/bisnetos aumentaram com a elevação dos valores das atividades intergeracionais. Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre as atividades intergeracionais com as restantes variáveis sociodemográficas, quer ao nível da satisfação com a vida quer ao nível dos afetos negativos. Em relação à associação entre o BES e as atividades intergeracionais comprovou-se a existência de correlação significativa sendo que quanto mais elevados os valores das atividades intergeracionais mais elevados eram os valores de BES.

Fernandes (2011), com o objetivo de identificar e descrever relações entre o bem-estar subjetivo, saúde física e saúde mental, realizou um estudo com uma amostra de pessoas idosas que se encontravam institucionalizadas em Lares ou a receber apoio do Centro de Dia em três IPSS no concelho de Coimbra. A amostra total final incluiu 45 idosos, maioritariamente do sexo masculino com compreendidas entre os 65 anos e os 95 e com uma média de idades de 77,47 anos.

Os resultados demonstraram que um elevado número de idosos se encontram insatisfeitos com a vida (80%), assim como, revelaram poucas emoções positivas (84,4%) e poucas emoções negativas (84,4%). Observou-se ainda que, a maioria dos idosos estão moderadamente a gravemente limitados, física (78,3%) e mentalmente (76,7%). Na saúde física, 100% dos inquiridos demonstram ter algum tipo de limitação. No que respeita à saúde mental, 46,7% dos idosos revelaram uma limitação de grave a total, enquanto, que apenas

10% manifestaram uma boa a excelente saúde mental. Para verificar se a *resposta social* tinha influência sobre o bem-estar subjetivo, Saúde Física e Mental constatou-se que a maioria dos idosos insatisfeitos (64,4%), com pouco afeto positivo (68,9%), com pouco afeto negativo (66,7%), com limitação grave a total na saúde física (62,2%) e limitação pequena a total na saúde mental (73,3%) encontrava-se em Centro de Dia. Os resultados permitiram assim observar que, curiosamente, os idosos que se encontram em regime de lar demonstram mais satisfação com a vida do que os que se encontram em Centro de Dia. Apesar destas frequências, não foi verificado a associação entre a *resposta social* e as medidas de *satisfação* e *saúde*. Relativamente à associação do Bem-Estar Subjetivo com a Saúde Física constatou-se que esta é muito fraca, uma vez que todos os valores são muito inferiores a 50% levando a concluir que não existe uma relação entre *Saúde Física* e *Bem-Estar Subjetivo*, ou seja, são independentes entre si. Em relação à associação entre a *Saúde Mental* e o *Bem-Estar Subjetivo* os resultados indicam que não existe relação significativa.

Faustino (2014) num estudo intitulado “ Bem-estar subjetivo e o ajustamento emocional no idoso” foi utilizada uma amostra de conveniência, composta por um total de 122 participantes. Desses indivíduos, 61 estavam institucionalizados e outros 61 não institucionalizados, em que 45 são do sexo masculino e 77 do sexo feminino. Os resultados mostraram que não foi encontrado um efeito significativamente estatístico para o sexo, mas para a institucionalização. A população não institucionalizada apresenta maiores níveis de satisfação com a vida, felicidade subjetiva, cólera-hostilidade, vigor-atividade, confusão-desorientação, assim como maior capacidade de florescimento, e a de institucionalizados índices mais elevados de tensão-ansiedade e de solidão. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na felicidade último mês, na depressão-melancolia e na fadiga-inércia. Observou-se também que a satisfação com a vida, o vigor-atividade e a depressão-melancolia predizem de forma estatisticamente significativa a felicidade no último mês, tendo sido encontrado um modelo que explica 36.8% da sua variância.

Num estudo realizado por Monteiro, Dias, Corte-Real e Fonseca (2014) designado “Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: um estudo com idosos”, com o objetivo de analisar a prática de atividade física de idosos e a sua relação com diferentes variáveis sociodemográficas, o bem-estar e a felicidade, participaram 76 idosos (34% do sexo masculino e 65% do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 64 e os 99 anos de idade ( $77.5 \pm 8.82$ ) residentes em meio rural e urbano. Neste estudo foi utilizado um questionário de identificação sociodemográfica e outro sobre a prática de atividade física, bem como versões portuguesas da *Subjective Happiness Scale*, da *Satisfaction With Life Scale* e do *Positive and Negative Affect Schedule*. A análise da estatística descritiva revelou que grande parte dos idosos (43%) era sedentária e que praticamente 40% estavam envolvidos

numa prática moderada ou muito frequente. Em relação à satisfação com a vida, afeto e felicidade, a análise descritiva constatou níveis moderados para todas as variáveis sendo os mais elevados relativos à felicidade e os mais baixos ao afeto negativo (Monteiro et al., 2014). Os resultados demonstraram que os idosos que praticavam atividade física exibiam níveis significativamente mais elevados de felicidade e mais baixos de afeto negativo que os não praticantes, existindo também uma tendência para experienciarem mais afeto positivo e satisfação com a vida. Em contrapartida, apesar de não existirem diferenças significativas, observou-se uma tendência para os idosos com prática de uma atividade física pouco frequente exibirem valores mais baixos de satisfação com a vida e felicidade e valores mais elevados de afeto negativo (Monteiro et al., 2014).

Num outro estudo realizado por Ramos (2015) intitulado de “Atividade Física e Bem-estar Subjetivo nos Idosos” participaram 58 idosos (12 do sexo masculino e 46 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 60 e os 78 anos de idade ( $M=66,54$ ) a frequentarem as Universidades Sêniores de Santarém, Caldas da Rainha, Nazaré e Marinha Grande. Dos 58 idosos, 47 praticavam atividade física. Os resultados revelaram que não existem correlações positivas entre as variáveis atividade física e o bem-estar subjetivo (satisfação com a vida e afetos positivos) inferindo-se que a atividade física dos idosos não se correlaciona com o seu bem-estar nas duas dimensões avaliadas (cognitiva e afetiva) (Ramos, 2015), verificando-se o oposto do estudo mencionado anteriormente.

Chaves (2015) realizou, no distrito de Leiria, um estudo exploratório focado na avaliação do contexto e nos contactos familiares percebidos pelos idosos e da sua relação com o bem-estar subjetivo. O estudo foi constituído por uma amostra de 126 sujeitos (60 sujeitos em Centro de Dia e 66 sujeitos em Lar), com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos, com uma média de idades de 82 anos. Os participantes deste estudo pertenciam maioritariamente ao sexo feminino (70,1%). Os resultados demonstraram que existem relações preditivas positivas entre os afetos positivos, os contactos familiares e a satisfação com a vida e uma relação negativa entre os afetos negativos e a satisfação com a vida. Foi também demonstrado que o estar numa relação marital e o residir com os filhos tem um impacto negativo na satisfação com a vida. Verificou-se que, mesmo tendo em conta variáveis do contexto familiar como a vida marital ou viver com filhos, a variável contactos familiares é um preditor estatisticamente significativo da satisfação com a vida ( $p<0,001$ ) com um poder preditor superior mesmo aos afetos positivos e afetos negativos (Chaves, 2015).



**2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO**



## 4 – METODOLOGIA

O enquadramento metodológico é imprescindível a qualquer trabalho de investigação, pois é nele que se descreve e se explica todos os métodos e técnicas necessárias para o desenvolvimento do trabalho de pesquisa. Desta forma, o presente capítulo constitui uma etapa de precisão e planeamento pretendendo-se, tal como refere Fortin (2009), descrever a metodologia utilizada nesta investigação dando relevância, em primeiro lugar à conceptualização da investigação empírica, com evidência para o tipo de estudo, questão de investigação e objetivos, seguida da caracterização dos participantes e, finalmente à descrição do método de colheita de dados, bem como dos procedimentos que estiveram subjacentes à colheita e tratamento dos mesmos.

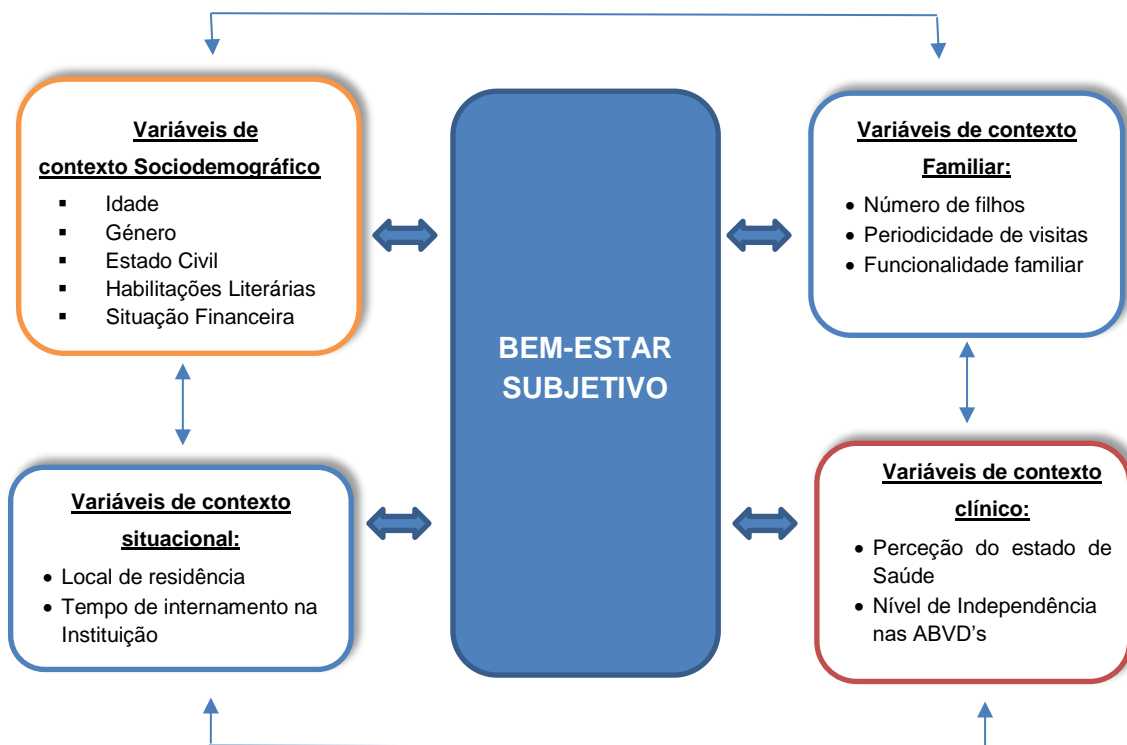
### 4.1 – CONCETUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A elaboração de um modelo concetual, no âmbito de um estudo empírico, apresenta-se como um elemento fulcral no processo de investigação. Define-se como um esquema orientador da conceção teórica delineado para a determinação e concretização do objeto em estudo (Fortin, 2009). Ou seja, permite organizar de forma lógica e integradora as diversas variáveis e a dinâmica da relação entre elas sobre a variável dependente. Desta forma, elaborou-se o modelo concetual, que servirá de referência a este estudo e que se apresenta em seguida, com a finalidade de identificar as variáveis em análise e as hipotéticas relações existentes entre elas (cf. Figura 3).

Relativamente às variáveis, consideramos o Bem-Estar Subjetivo como sendo a nossa variável dependente e como variáveis independentes definimos as variáveis de contexto sociodemográfico (idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação financeira), as variáveis de contexto situacional (local de residência e tempo de internamento na Instituição), as variáveis de contexto familiar (número de filhos, periodicidade de visitas, funcionalidade familiar) e as variáveis de contexto clínico (perceção do estado de saúde, realização de programa de reabilitação, nível de independência nas ABVD's). Consideramos ainda um conjunto de variáveis atributo de natureza sociodemográfica (tipo de reforma, satisfação com o valor da reforma), contexto situacional (convivência com crianças, importância atribuída ao contacto com crianças), familiar (residência dos filhos, quem costuma visitar) e clínico

(patologias associadas, benefícios para a saúde do programa de reabilitação) com a finalidade de complementar a análise descritiva dos sujeitos inquiridos. É de salientar que, o processo de operacionalização destas variáveis vem descrito na dimensão dos instrumentos utilizados, tal como é referenciada na interpretação que deles é feita já num dos seguintes subcapítulos (4.3), subjacente ao material utilizado no âmbito desta investigação.

Figura 3 - Modelo concetual representativo da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



A presente investigação será de natureza quantitativa, de carácter descritivo, transversal, correlacional e comparativo. Segundo Fortin (2009, p. 371), é quantitativo por ter como finalidade “descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente”. Da mesma forma, envolve uma colheita sistemática de informação numérica, sendo a sua análise através de procedimentos estatísticos. De acordo com Fortin (2009), ainda é de carácter descritivo por descrever e relacionar as características e variáveis de uma população e correlacional por examinar as relações entre as variáveis, de modo a determinar a natureza das relações. Ainda segundo Fortin (2009), esta investigação é de natureza transversal quanto ao tempo em que decorre o estudo, já que os questionários foram aplicados num período pré-definido. Por último, é um estudo comparativo pois pretende analisar vários conceitos em duas populações diferentes procurando-se estabelecer diferenças entre as mesmas (Fortin, 2009).

Atendendo ao contexto anteriormente descrito e do fundamento prévio de que o bem-estar subjetivo está associado à saúde e longevidade e, por outro lado, tal como refere Seligman (2004, p.55 como citado em Passareli & Silva, 2007, p. 515), “a emoção positiva funciona como previsão de saúde e longevidade, que são bons indicadores de reservas físicas”, o conhecimento do bem-estar subjetivo percebido pela pessoa idosa permite, ao enfermeiro e ao Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, repensar práticas e planejar a implementação de estratégias promotoras de uma melhor auto estima e satisfação com a vida, com o propósito de contribuir para uma melhoria da qualidade de vida do idoso, expressa por um envelhecimento o mais saudável e bem-sucedido possível.

Neste sentido, e com o objetivo de conhecer a percepção dos idosos sobre o seu bem-estar e a influência de alguns dos seus hipotéticos determinantes, formulou-se, a seguinte questão de investigação: “**Quais os determinantes do bem-estar subjetivo percebido pela pessoa idosa?**”

Na procura de respostas para a questão referida anteriormente, foi delineado como objetivo principal:

- Analisar o modo como determinadas variáveis de contexto sociodemográfico, situacional, familiar e clínico se revelam preditoras do bem-estar subjetivo em idosos institucionalizados versus não institucionalizados.

Com a finalidade de orientar o presente estudo, e tendo como pano de fundo o objetivo geral, foram delineados alguns objetivos específicos:

- Conhecer o nível de bem-estar subjetivo percebido pela Pessoa idosa institucionalizada versus não institucionalizada, identificando as dimensões que o diferenciam;
- Identificar a influência das variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação financeira) na percepção do bem-estar subjetivo dos idosos;
- Determinar em que medida as variáveis de contexto situacional (local de residência, tempo de internamento e coresidência) influenciam a percepção do Bem-estar Subjetivo do idoso;
- Determinar a influência das variáveis familiares (periodicidade das visitas e funcionalidade familiar) na percepção do Bem-estar subjetivo do idoso;
- Verificar de que forma as variáveis clínicas (percepção do estado de saúde e nível de independência nas ABVD's) exercem influência na percepção de Bem-estar Subjetivo do idoso;

## 4.2 – PARTICIPANTES

Para o desenvolvimento deste estudo, a população alvo foi constituída pelos idosos do concelho de Castro Daire residentes no seu domicílio e residentes em Lares de Terceira Idade no mesmo concelho.

A técnica de amostragem foi do tipo não probabilístico, acidental, por conveniência. Segundo Marôco (2014, p. 11), a amostragem não probabilística “a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes” podendo ser, ou não, uma amostra representativa da população em estudo. É ainda uma amostra acidental por conveniência pois foi constituída por indivíduos que se encontravam acessíveis e presentes num local determinado, num preciso momento (Marôco, 2014).

De forma a tornar a amostra o mais homogénea possível foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Possuir idade igual ou superior a 65 anos;
- Serem residentes no concelho de Castro Daire;
- Estarem institucionalizados há mais de 1 ano;
- Se institucionalizados não estarem em situação de acamado, com acometimento de linguagem;
- Possuir capacidade mental para colaborar no preenchimento do formulário, idosos que não apresentem deficiência mental, demência ou patologia psiquiátrica sendo os próprios a responder às questões colocadas;
- Aceitar participar no estudo e assinar o consentimento, depois de devidamente informados sobre o assunto. Caso o idoso não saiba assinar ou não o consiga fazer o consentimento será assinado pelo representante legal do mesmo.

Neste estudo, a amostra é constituída por 116 idosos, 58 não institucionalizados e 58 institucionalizados: Lar Nossa Senhora do Rosário, Santa Casa da Misericórdia de Castro Daire, Lar Santa Isabel e Lar Boa Esperança e Bem-estar.

O perfil sociodemográfico da amostra global revela que, maioritariamente os inquiridos são do género feminino (60.3%), tem uma média de idades de 77,73 anos (Dp=9,276), são viúvos (42.3%), possuem o 1º Ciclo/Antiga 4ª Classe (71.6%), estão reformados pelo limite da idade (66.4%), recebem entre 250 a 500 euros por mês (64.0%) e estão satisfeito com o valor da sua reforma (63.2%).

Os idosos não institucionalizados são na sua maioria mulheres (62.1%), com uma média de idades de 73,95 anos (Dp=6,705), casados ou a viver em união de facto (62.1%),

com o 1º Ciclo (4ª Classe) (77.6%), reformados pelo limite de idade (74.1%), encontrando-se 63.8% a receber entre 250 a 500€ por mês estando 50% estão satisfeitos com o valor da reforma que tem.

Quanto aos idosos institucionalizados verifica-se que são na sua maioria do género feminino (58.6%), com média de idades de 81,52 anos (Dp= 9,993), são viúvos (55.1%), possuem o 1º Ciclo\Antiga 4ª Classe (65.5%), têm uma reforma devido ao limite de idade (58.6%) estando a receber entre 250 a 500€ por mês (64.3%) demonstrando-se 76.8% contente com o valor da reforma que auferem.

#### 4.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados em investigação são equipamentos concebidos para a obtenção de informação pertinente e necessária. Assim, a seleção do instrumento de colheita de dados deve estar diretamente relacionado com o problema em estudo, de maneira a permitir a avaliação das variáveis em causa (Lakatos & Marconi, 1996).

Para este estudo, como forma de obtenção de dados e mensuração das diferentes variáveis, foi utilizado um formulário que permitiu recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação. O formulário engloba medidas de avaliação aferidas e validadas para a população portuguesa, e que se inicia por uma breve introdução, onde são explanados os objetivos do estudo e solicitada a colaboração dos idosos. É constituído por perguntas abertas e fechadas e está estruturado em cinco Secções (cf. Apêndice I).

A **Secção I** refere-se à caracterização da pessoa idosa contendo um conjunto de informações relativas às suas características sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias), informação relativa ao tipo de reforma, rendimentos mensais e a satisfação com o valor da reforma auferida pelo idoso.

A **Secção II** consiste na caracterização situacional do idoso quanto ao seu local de residência (casa própria/familiares ou Instituição). Na situação de residir em casa própria ou de familiares questiona-se a coresidência e na situação de estar institucionalizado formulou-se a questão da iniciativa de internamento e o tempo de duração do seu internamento. Nesta secção também foram incorporadas questões relativas à convivência com crianças e a importância que é atribuída a esse contacto.

Na **Secção III** procede-se à avaliação das variáveis de cariz familiar com a incorporação de questões sobre: o número de filhos, local de residência dos filhos,

periodicidade de visitas e quem os visita. Avalia-se ainda a funcionalidade familiar utilizando-se para o efeito a Escala de Apgar Familiar.

A Escala de Apgar Familiar é uma escala elaborada por Smilkstein em 1978 e adaptada à população portuguesa por Azeredo e Matos (1998). É constituída por cinco questões que quantificam a percepção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família. Cada questão apresenta três opções de resposta que correspondem a “quase sempre”, “algumas vezes” e “quase nunca”, com uma valoração de, respetivamente, dois pontos, um ponto e zero. O resultado global da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre os valores de zero e 10 pontos. Uma pontuação final de sete a 10 pontos sugere uma família “altamente funcional”, de quatro a seis pontos sugere uma família com “moderada disfunção” e de zero a três pontos sugere uma família com “disfunção acentuada” (Azeredo & Matos, 1998).

A **Secção IV** consiste na caracterização clínica e funcional da pessoa idosa. É constituída por questões sobre a percepção do seu estado de saúde, existência de patologias associadas e quais, frequência de plano de reabilitação e se usufruiu de benefícios com a realização do mesmo. Avalia-se também o grau de dependência da pessoa idosa nas suas ABVD's através do Índice de Barthel.

O Índice de Barthel, da autoria de Mahoney e Barthel (1965), avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Sequeira, 2007). Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser autoministrado. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que zero corresponde a dependência total e a independência pode ser pontuada com cinco, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007). Numa escala de 10 itens, o seu total pode variar de zero a 100 sendo que a menor pontuação revela maior grau de dependência. A versão do Índice de Barthel proposta por Sequeira (2007) considera os pontos de corte: 90 a 100 Independente; 60 a 90 - Ligeiramente dependente; 40 a 55 - Moderadamente dependente; 20 a 35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente. O estudo de Sequeira (2007) revelou uma boa consistência interna com *alfa de Cronbach* de 0,89 ( $\alpha = 0,89$ ).

Na **Secção V** pretende-se avaliar o Bem-estar subjetivo da pessoa idosa utilizando-se para o efeito a **Escala de Satisfação com a vida (SLWS – Satisfaction with Life Scale)** e a **Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS – Positive and Negative Affect Schedule)**. A análise das três componentes do bem-estar subjetivo em separado prende-se

com o fato de que estas, ainda que relacionadas, são independentes umas das outras, devendo ser estudadas de forma individual.

Um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação do bem-estar subjetivo é a **Escala da Satisfação com a vida (SLWS – Satisfaction With Life Scale)** concebida por Diener e colaboradores (1985) e objeto de uma revisão por Pavot e Diener (1993) com o objetivo de avaliar a qualidade de vida que os indivíduos manifestam acerca da sua própria vida. É importante que o juízo formulado seja relativo à qualidade de vida num sentido global e não apenas referente a domínios específicos (Diener, 2009). Os itens da SWLS são globais, conduzindo os inquiridos a pesar os domínios das suas vidas segundo os seus próprios valores e permitindo uma avaliação global sobre a satisfação com a vida.

A SWLS, na sua versão original, é constituída por 5 itens formulados no sentido positivo com uma escala de respostas do tipo Likert de sete pontos, com os valores a oscilarem entre cinco e um máximo de 35 pontos, sendo que a pontuação de 20 representa o ponto médio (Diener, 2009).

Em Portugal a escala foi validada primeiramente por Neto e colaboradores, em 1990, tendo encontrado uma consistência interna de *alfa de Cronbach* de 0,78 ( $\alpha = 0,78$ ). Posteriormente Simões (1992) validou a escala numa amostra constituída por 74 alunos da Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da universidade de Coimbra e por 130 adultos de idades e profissões diversas encontrando uma consistência interna de *alfa de Cronbach* de 0,77 ( $\alpha = 0,77$ ). A SLWS revelou boas qualidades psicométricas e uma estrutura uni fatorial, sendo possível identificá-la como a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo (Simões et al., 2001 como citado em Nunes, 2009). Simões (1992) reformulou o instrumento considerando cinco opções de resposta: 1) *discordo muito*; 2) *discordo um pouco*, 3) *não concordo, nem discordo*; 4) *concordo um pouco*; 5) *concordo muito*. Desta forma, os valores variam entre cinco e um máximo de 25, indicando maior satisfação com a vida quanto mais elevada for a pontuação, considerando-se o ponto medio na pontuação de 15. Neste estudo optou-se pela validação posterior de Simões (1992) por ser mais acessível a pessoas com baixo nível de escolaridade indo mais ao encontro da nossa amostra.

**A PANAS, escala de Afeto positivo e de Afeto negativo** foi o instrumento utilizado para avaliar a vertente afetiva do bem-estar subjetivo. Foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) e apareceu como resultado de diversas investigações que se preocuparam com a identificação das dimensões do afeto e com o esclarecimento da sua natureza. A escala é constituída por 20 termos descritores da afetividade sentida pelo sujeito, 10 dos quais se integram no domínio dos afetos positivos e formam a subescala PA (afeto positivo) e os outros 10 termos descrevem o afeto negativo, dando lugar à subescala NA (afeto negativo) (Galinha

& Pais-Ribeiro, 2005). A escala de respostas é do tipo Likert de 5 pontos, pedindo a quem responde que assinale o sentimento que sentiu durante um determinado período de tempo (na última semana). A variabilidade das pontuações situa-se entre os 11 e os 55 pontos, com um ponto médio de 33 pontos.

Neste estudo será utilizada a versão da PANAS validada para a população portuguesa por Simões (1993). Nesta validação, Simões adicionou um item à subescala PA e um item à subescala NA por considerar que “alguns destes itens originais não ficavam, adequadamente traduzidos, em termos de conteúdo” (Simões, 1993, p. 389 como citado em Nunes, 2009, p. 102). Assim sendo, a escala é constituída por 22 itens. Os termos *Interessado, Estimulado, Forte, Entusiasmado, Orgulhoso, Atento, Inspirado, Decidido, Atencioso, Ativo e Emocionada* integram-se no domínio do afeto positivo e formam a subescala do PA (Afeto Positivo), e os outros 11 termos *Aflito, Aborrecido, Culpado, Assustado, Hostil, Irritável, Envergonhado, Nervoso, Agitado, Medroso e Magoado* descrevem os afetos negativos, dando lugar a subescala NA (Afetos Negativos). A escala revela bons índices de fidelidade apresentando uma consistência interna de 0.86 para a escala de Afeto Positivo e 0.89 para a escala de Afeto Negativo. Para além disso, mostrou uma tendência para a independência das duas escalas ( $r = -.10, p = .05$ ) (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011, p.40).

Para o cálculo da nota global do BES, e atendendo que este é constituído por uma componente cognitiva e uma afetiva, seguiu-se o procedimento proposto por Lent (2004) e Simões et al. (2001) (Nunes, 2009). Desta forma, a nota global do Bem-estar Subjetivo resulta da soma dos valores da escala da satisfação com a vida com os valores dos afetos positivos subtraindo-se os valores dos afetos negativos, sendo que o valor final indica que quanto maior for a nota global melhor é o bem-estar subjetivo das pessoas (Nunes, 2009). Esta será a metodologia que vamos abordar face à variável dependente Bem-estar Subjetivo.

#### 4.4 – PROCEDIMENTOS

Em todo o processo de investigação procurou-se reger a nossa atuação segundo uma rigorosa conduta ética respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana. Desta forma, foi efetuado o pedido formal de autorização à realização do estudo aos Presidentes de Direção e aos Diretores Técnicos dos Lares de idosos do concelho de Castro Daire, tendo-se obtido o consentimento para a realização do mesmo (cf. Apêndice II).

Na aplicação do formulário foi explicado a todos os participantes os objetivos do nosso estudo comprometendo-nos à completa confidencialidade dos dados, quaisquer que sejam os

resultados, e fornecemos o consentimento informado para a participação voluntária no estudo. O consentimento foi assinado pelo representante legal do idoso nas situações em que os idosos, por motivo de debilidade física ou por analfabetismo não o podiam assinar (cf. Apêndice III).

A aplicação do formulário nos Lares de Idosos foi realizada no mês de dezembro de 2015, após marcação prévia com os Diretores Técnicos, tendo sido realizado em três dias por Instituição. Os idosos institucionalizados foram previamente selecionadas pelos respetivos Diretores Técnicos respeitando os critérios de inclusão desta investigação.

A recolha de dados aos idosos da comunidade foi realizada durante o mês de janeiro de 2016 nas diversas localidades do concelho, seguindo a rota da Unidade Móvel de Saúde de Castro Daire.

O preenchimento do instrumento de colheita de dados foi efetuado pelos investigadores, devido à debilidade dos inquiridos (resultante do processo de envelhecimento e das patologias associadas) e para que fosse possível o esclarecimento de dúvidas relacionadas com as questões propostas.

#### **4.4.1 – Procedimentos Estatísticos**

O tratamento estatístico inclui todo o processo que vai desde a colheita de dados até à análise e interpretação dos resultados.

A análise estatística dos dados foi realizada com o *Statistical Package for Social Sciences 23* (SPSS) recorrendo-se à estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva tem como objetivo sintetizar a informação numérica permitindo uma visão global das variáveis medidas numa amostra organizando e descrevendo os dados através de números, tabelas e gráficos. Para tal recorreram-se a frequências absolutas (n) e percentuais (%), medidas de tendência central (média -  $\bar{x}$ ), medidas de dispersão ou variabilidade (coeficiente de variação - CV e desvio-padrão - Dp) e medidas da forma da distribuição dos elementos da amostra (medidas de assimetria e achatamento), de acordo com as características das variáveis em estudo.

O CV permite comparar a variabilidade de duas variáveis tendo sido definidos os intervalos de dispersão sugeridos por Pestana e Gageiro (2014, p.111):

- $CV \leq 15\%$  – Dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$  – Dispersão média;
- $CV > 30\%$  – Dispersão elevada.

Para a medida de simetria Skewness (SK), enviesamento da distribuição em relação à amostra obtida através do quociente entre SK com o erro padrão (Std.Error), Pestana e Gageiro (2014, p.105) consideraram os seguintes valores de referência:

- SK/ Std.Error inferior a -1,96 - distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita;
- SK/ Std.Error entre -1,96 e 1,96 - distribuição simétrica;
- SK/ Std.Error superior a 1,96 - distribuição assimétrica positiva com enviesamento à esquerda.

Para a medida de achatamento e curtose (K), obtida através do quociente K/ Std.Error, os mesmos autores a distribuição pode ser:

- Mesocúrtica se  $-1,96 < [K/Std.Error] < 1,96$ ;
- Platicúrtica quando  $[K/Std.Error] < -1,96$ ;
- Leptocúrtica quando  $[K/Std.Error] > 1,96$ .

A estatística analítica ou inferencial permite determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde foi tirada podendo ser utilizados testes paramétricos e não-paramétricos.

Segundo Marôco (2014), os testes não paramétricos são também designados de testes adistribucionais porque não exigem que a distribuição da variável sob estudo seja conhecida. Por sua vez, os testes paramétricos exigem a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras de populações.

Ao longo deste estudo, por vezes, serão utilizados os testes não-paramétricos, sempre que o n for inferior a 30, ou caso não se verifiquem as duas condições referidas anteriormente.

Para testar as hipóteses, recorreremos aos seguintes testes não-paramétricos:

➤ Teste U de Mann Whitney

Teste não paramétrico alternativo ao Teste t de student para amostras independentes nomeadamente “quando há violação da normalidade, ou quando a amostra é pequena, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal” (Pestana & Gageiro, 2008,p. 433). Segundo o mesmo autor, este teste possibilita verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos.

➤ Teste de Kruskal-Wallis

Teste não paramétrico em alternativa ao One-Way Anova sendo utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que se lembram de ser a normalidade, e a igualdade das variâncias (Pestana & Gageiro, 2008,p. 482). O Teste de Kruskal-Wallis pode ser usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Marôco, 2014).

➤ Teste de Fisher

O teste de Fisher é um teste não paramétrico potente quando se pretende comparar duas amostras independentes de pequena dimensão, usado em tabelas de 2x2. Este teste é uma alternativa ao teste Qui-Quadrado quando, este não pode ser usado em tabelas 2x2 ou quando um dos valores for inferior a cinco (Marôco, 2014).

➤ Teste de Qui Quadrado (X<sup>2</sup>)

O teste de Qui Quadrado é utilizado para o estudo de relações nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis.

Quando se testa a igualdade de mais de duas médias e dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se aos *Testes Post-hoc*, à análise da tendência ou às comparações planeadas para poder localizar-se onde se encontram as diferenças entre as médias (Pestana & Gageiro, 2008).

➤ Resíduos ajustados

A análise dos resíduos ajustados é uma ferramenta que permite detetar a significância de certas pressuposições. O valor do residual ajustado necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna. Quando os resíduos se situam entre  $\geq 1,96$  e  $\leq -1,96$ , pode afirmar-se que os dados apresentados são estatisticamente significativos.

Relativamente aos testes estatísticos paramétricos foram utilizados os seguintes:

➤ Regressão linear simples

A regressão linear simples permite medir a intensidade e sentido da associação entre duas variáveis. É uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre - 1 e + 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior é associação linear. A

associação pode ser negativa se a variação entre as variáveis for em sentido contrário, ou pode ser positiva se a variação for no mesmo sentido. Segundo Pestana e Gageiro (2008, p.181), classificam-se da seguinte forma:

$0,2 \leq r < 0,39$	associação baixa
$0,4 < r < 0,69$	associação moderada
$0,7 < r < 0,89$	associação alta
$0,9 < r \leq 1$	associação muito alta

➤ **Regressão linear múltipla**

Permite avaliar a intensidade e o sentido da associação entre uma variável e um conjunto de outras variáveis. A diferença entre a regressão linear simples e a múltipla é que na múltipla são tratadas duas ou mais variáveis explicativas.

É de salientar que, em toda a análise estatística foram assumidos os seguintes níveis de significância (Fortin, 2009):

$p \geq 0,05$	Não significativo (n.s.)
$p < 0,05^*$	Significativo
$p < 0,01^{**}$	Bastante significativo
$p < 0,001^{***}$	Altamente significativo

## 5 – RESULTADOS

Neste capítulo, inerente à apresentação de resultados, procurou-se caracterizar não apenas os *scores* obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra, para a variável dependente e independentes em estudo, mas também analisar como estas variáveis se associam entre si, tendo como referência os objetivos que orientaram a presente investigação.

A apresentação dos resultados é feita através de tabelas, quadros e gráficos, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à organização e sequência dos assuntos como apresentados no instrumento de recolha de dados.

### 5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva consiste na delimitação das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 2009).

A apresentação dos resultados surge esquematizada em tabelas e quadros, acompanhados pelas análises correspondentes. Tratando-se de um estudo comparativo serão apresentados os resultados da amostra global, da amostra dos idosos insitucionalizados e da amostra dos não institucionalizados. Assim sendo, por uma questão de organização subdividiu-se a análise descritiva dos resultados da seguinte forma:

- Caraterização Sociodemográfica dos idosos não institucionalizados versus institucionalizados;
- Caraterização situacional dos idosos;
- Caraterização familiar dos idosos não institucionalizados versus institucionalizados;
- Caraterização clínica dos idosos não institucionalizados versus institucionalizados;
- Caraterização do Bem-estar Subjetivo dos não institucionalizados versus institucionalizados;

### 5.1.1 – Caracterização sociodemográfica

Os resultados apresentados neste subcapítulo contextualizam o conjunto de características sociodemográficas da pessoa idosa, com referência para a idade, género, estado civil, habilitações literárias, rendimento mensal atual e se a pessoa inquirida se encontra satisfeita com o valor da sua reforma.

- **Idade e género**

Pela análise do quadro 1, pode-se constatar que a amostra do nosso estudo é constituída por 116 idosos, 70 do género feminino (60,3%) e 46 do género masculino (39,7%) com idades que oscilam entre um mínimo de 65 anos e um máximo de 96 anos. A idade média é de 77,73 anos com um desvio padrão de 9,286 anos e um coeficiente de variação de 11,9%, que nos indica a existência de uma dispersão fraca em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do género, verifica-se que a média de idades para o género masculino (77,78) é superior à do género feminino (77,70). Ambos os géneros apresentam uma dispersão fraca ( $CV < 15\%$ ), no entanto a diferença entre as médias não é significativa ( $U=1584,5$ ;  $p=0,885$ ). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento ( $SK/Std.Error$ ) e de achatamento ou curtose ( $K/Std.Error$ ), pode inferir-se que a distribuição das idades, em ambos os géneros e na amostra total, é simétrica positiva e platicúrtica, à exceção do grupo dos homens, cuja distribuição é mesocúrtica (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade da amostra total dos idosos em função do género

Género	n	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	$Sk_{erro}$	$K_{erro}$	CV (%)	Ordenação Média	U de Mann Whitney
Masculino	46	65	96	77,78	9,074	0,662	-1,555	11,6	59,05	U=1584,5 Z=-0,144 p=0,885
Feminino	70	65	96	77,70	9,487	0,658	-2,026	12,2	58,14	
Total	116	65	96	77,73	9,286	0,893	-2,511	11,9		

Em relação ao género em função do local de residência verifica-se que, em ambas as amostras, predomina o género feminino com 62,1% e 58,6% respetivamente. Pelos valores residuais ajustados ( $res. < 1.96$ ) não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e o género feminino face ao local de residência (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição da amostra por local de residência segundo o gênero

Local de Residência	Não Inst.		Institucionalizados		Total		Valores Residuais Ajustados	
	n	%	n	%	n	%	Não Inst	Inst
Masculino	22	37,9	24	41,4	46	39,7	-0,4	0,4
Feminino	36	62,1	34	58,6	70	60,3	0,4	-0,4

A distribuição da idade dos idosos em função do local de residência indica que os idosos que residem em casa própria têm uma média de idade de 73,95 ( $Dp=6,705$ ) com os valores de idade a oscilarem entre 65 anos e 87 anos, com uma distribuição fraca em torno da média ( $CV<15\%$ ) e uma curva de distribuição simétrica positiva e platicúrtica. Por sua vez, nos idosos institucionalizados os valores de idade oscilam entre mínimo de 65 anos e um máximo de 96 anos com uma idade média de 81,52 anos ( $Dp= 9,993$ ), o que indica uma dispersão baixa face à média ( $CV<15\%$ ), apresentando uma curva simétrica negativa e mesocúrtica.

O teste U de Mann Whitney indica que os valores de ordenação média da idade dos idosos institucionalizados são mais elevados face aos que residem em casa própria ou de familiares ( $OM=71,44$  vs  $OM=45,56$ ), sendo as diferenças encontradas altamente significativas ( $p=0,000^{***}$ ).

Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade da amostra em função do local de residência

Local de Residência	n	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	$Sk_{erro}$	$K_{erro}$	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Não Inst.	58	65	87	73,95	6,705	0,792	-1,979	9,1	45,56	<b>U=931,5</b> <b>Z=-4,159</b> <b>p=0,000***</b>
Institucionalizados	58	65	96	81,52	9,993	-1,245	-1,818	12,3	71,44	
Total	116	65	96	77,73	9,286	0,893	-2,511	11,9		

- **Grupo etário**

A variável idade foi operacionalizada em 4 grupos etários, constituídos de forma homogênea para que cada um tivesse uma representação média de 25%.

Analisando dos dados do quadro 2, averigua-se que os idosos não institucionalizados estão mais representados no grupo de idade dos 65 aos 69 anos (37,9%) sendo o grupo dos mais de 86 anos o menos representativo (3,4%). Por sua vez, os idosos institucionalizados

têm maior representação no grupo etário de 79 a 85 anos (24,1%) e *Mais de 86 anos* (43,2%). Os valores residuais ajustados revelarem diferenças estatisticamente significativas em todos os grupos ( $res.>1,96$ ), excetuando o grupo etário dos 79 aos 85 anos ( $res.=0,2$ ).

Quadro 2 – Distribuição da amostra por local de residência segundo os grupos etários

Variáveis	Não Inst.		Institucionalizados		Total		Valor Residual ajustado	
	n	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
<b>Grupo Etário</b>								
65 a 69 anos	22	37,9	10	17,2	32	27,6	<b>2,5</b>	-2,5
70 a 78 anos	19	32,8	9	15,5	28	24,1	<b>2,2</b>	-2,2
79 a 85 anos	15	25,9	14	24,1	29	25,0	0,2	-0,2
Mais de 86 anos	2	3,4	25	43,2	27	23,3	-5,1	<b>5,1</b>

- **Estado civil e habilitações literárias**

No que diz respeito ao estado civil inferiu-se que, a maioria dos idosos estão viúvos (42,2%), embora exista também um grupo também predominante de inquiridos casados ou em união de facto (40,6%) sendo a menor percentagem pertencente aos solteiros, divorciados ou separados (17,2%).

Quanto ao estado civil em função do género e do local de residência, podemos constatar que, na sua maioria, os idosos não institucionalizados são casados ou vive em união de facto (62,1%) seguindo-se os viúvos (29,3%) e, por último, os solteiros (8,6%). Por sua vez, na amostra dos idosos institucionalizados, 55,1% são viúvos, 25,9% são solteiros, divorciados ou separados e 19,0% são casados ou a viver em união de facto. Pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em todos os grupos as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $res.>1.96$ ).

No que concerne às habilitações literárias pode-se afirmar que os idosos registam níveis de escolaridade baixos, já que, em ambos os grupos de idosos, a escolaridade correspondente à antiga 4ª Classe (1º Ciclo) é a mais representada com 77,6% e 65,5%. No grupo de escolaridade 2º Ciclo ou o 3º Ciclo os idosos não institucionalizados estão mais representados face aos institucionalizados com valores percentuais de 10,3 e 5,2, respetivamente. Contudo o valor residual ajustado não é significativo ( $res.<1.96$ ). Verificamos que o grupo sem escolaridade (Não sabe ler e escrever) refere-se aos idosos institucionalizados (29,3%) face aos idosos não institucionalizados (12,1%), evidenciando-se diferenças estatisticamente significativas ( $res.=2,3$ ) (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição da amostra por local de residência em função do estado civil e habilitações literárias

Variáveis	Local de Residência	Não Inst.		Institucionalizados		Total		Valores Residuais ajustados	
		n	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
<b>Estado civil</b>									
Solteiro, divorciado ou separado		5	8,6	15	25,9	20	17,2	-2,5	<b>2,5</b>
Casado ou a viver em união facto		36	62,1	11	19,0	47	40,6	<b>4,7</b>	-4,7
Viúvo		17	29,3	32	55,1	49	42,2	-2,8	<b>2,8</b>
<b>Habilitações Literárias</b>									
Não sabe ler e escrever		7	12,1	17	29,3	24	20,7	-2,3	<b>2,3</b>
1º Ciclo/4º Classe antiga		45	77,6	38	65,5	83	71,6	1,4	-1,4
2º e 3º Ciclo ou mais		6	10,3	3	5,2	9	7,7	1,0	-1,0

- **Tipo de reforma, situação financeira e satisfação com o valor da reforma**

Relativamente ao tipo de reforma, constata-se que em ambos os grupos de idosos a maioria recebe a reforma devido ao limite de idade com valor de 74,1% nos idosos não institucionalizados e 58,6% nos idosos institucionalizados. No entanto, apesar destas diferenças, elas não são estatisticamente significativas ( $res.<1,96$ ). Verificamos sim uma diferença significativa ( $res.>1,96$ ) entre os grupos no item reforma por Invalidez onde os idosos institucionalizados estão mais representados com este tipo de reforma face aos idosos não institucionalizados, com 36,2% versus 20,7% (cf. Quadro 4).

Face à situação financeira observamos que em ambas as amostras, os idosos recebem entre 250 a 500 euros por mês sendo menos representativo o valor auferido de mais de 500 euros por mês, contudo sem diferenças estatísticas significativas ( $res.<1,96$ ). No total, 64,0% recebe entre 250 a 500 euros mensais, 24,6% recebe até 250 por mês e apenas 11,4% recebe mais de 500 euros mensais (cf. Quadro 4).

Em relação à questão sobre a satisfação com o valor da reforma, 63,2% respondeu positivamente. O estudo em função do local de residência permite constatar que os idosos institucionalizados estão mais satisfeitos com o valor da reforma face aos que residem em casa própria (76,8% vs 50,0%) revelando o valor residual ajustado diferenças significativas face aos itens em análise ( $res.=3,0$ ) (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo o local de residência em função do tipo de reforma, situação financeira e satisfação com o valor da reforma

Local de Residência	Não Inst.		Institucionalizados		Total		Valores Residuais ajustados	
	n	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
<b>Variáveis</b>								
<b>Tipo de reforma</b>								
Limite de idade	43	74,1	34	58,6	77	66,4	1,8	-1,8
Pensão Social	3	5,2	0	0,0	3	2,6	Não Aplicável	
Pensão do conjugue	0	0,0	3	5,2	3	2,6	Não Aplicável	
Invalidez	12	20,7	21	36,2	33	28,4	-2,0	<b>2,0</b>
<b>Situação Financeira</b>								
Até 250 € por mês	14	24,1	14	25,0	28	24,6	-0,1	0,1
De 250€ a 500€ mês	37	63,8	36	64,3	73	64,0	-0,1	0,1
Mais de 500€ mês	7	12,1	6	10,7	13	11,4	0,2	-0,2
<b>Satisfação com valor da reforma</b>								
Sim	29	50,0	43	76,8	72	63,2	-3,0	<b>3,0</b>
Não	29	50,0	13	23,2	42	36,8	<b>3,0</b>	-3,0

### 5.1.2 – Caraterização situacional

O estudo das variáveis situacionais incide acerca do local de residência dos idosos: se estão a residir em habitação própria ou familiar ou se estão numa instituição. Como foi abordado no capítulo da metodologia a recolha de dados procurou ter duas amostras iguais assim, 50% dos idosos está em casa própria ou de familiares e os restantes 50% estão em Instituições.

- **Iniciativa da Institucionalização e duração de internamento**

Dos 58 idosos institucionalizados a maioria foi para estas instituições por vontade própria (43,1%), 34,5% por iniciativa familiar e 15,5% por iniciativa de amigos e apenas 6.9% por indicação do Técnico de Apoio de Ação Social. O estudo comparativo entre homens e mulheres institucionalizados não revela diferenças significativas embora se possa afirmar que 47,1% das mulheres foi para instituições por vontade própria e nos homens essa percentagem baixa para 37,5% (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição da amostra por género em função do motivo de internamento em Instituição

Variáveis	Género		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Motivo de institucionalização</b>								
Iniciativa própria	9	37,5	16	47,1	25	43,1	-0,7	0,7
Iniciativa de amigos	6	20,8	4	11,8	9	15,5	0,9	-0,9
Iniciativa de familiares	9	37,5	11	32,4	20	34,5	0,4	-0,4
Iniciativa Técnico de Apoio Social	1	4,2	3	8,7	4	6,9	Não aplicável	

Em relação à duração de internamento pode-se constatar que esta oscilou entre 1 ano e um máximo de 30 anos, verificando-se um tempo médio de internamento de 3,87 anos com um desvio padrão de 4,917 e uma dispersão muito elevada em torno da média (CV=127,1%). Analisando as estatísticas relativas ao tempo de internamento em instituições em função do género, verifica-se que a média de tempo de internamento nos homens (4,45) é mais elevada face às mulheres (3,47). Contudo, as diferenças entre as médias não são estatisticamente significativas (U=407,0; p=0,987).

Tabela 3 – Estatísticas relativas ao tempo de internamento nos idosos institucionalizados

Género	N	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk <sub>erro</sub>	K <sub>erro</sub>	CV (%)	Ordenação Média	U de Mann Whitney
<b>Masculino</b>	24	1	30	4,45	6,639	6,173	10,348	149,2	29,46	U=407,0
<b>Feminino</b>	38	1	11	3,47	3,258	2,779	0,027	93,9	29,23	Z=-0,017
<b>Total</b>	58	1	30	3,87	4,917	9,987	21,724	127,1		p=0,987

- **Coresidência**

A maioria dos idosos que vivem em casa própria ou de familiares reside com o cônjuge (62,1%), 24,1% vive sozinho e 13,8% com a família. Os valores residuais ajustados não indicam que haja diferentes estatísticas significativas entre os géneros (res.<1,96) (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo o género em função da coresidência

Variáveis	Género		Feminino		Total		Valores Residuais ajustados	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Coresidência</b>								
Conjuge	17	77,3	19	52,8	36	62,1	1,9	-1,9
Filho (a)	1	4,5	7	19,4	8	13,8	-1,6	1,6
Sozinho	4	18,2	10	27,8	14	24,1	-0,8	0,8

- **Convivência com crianças e importância atribuída a esse contacto**

Analisando os valores apresentados no quadro 7, constata-se que a maioria dos idosos não convive de forma diária com crianças (66,4%). No entanto, relativamente à importância do convívio com crianças verifica-se que 61,2% dos idosos atribui muita importância à convivência, 30,2% atribui bastante importância e apenas 8,6% dos idosos entende que esse convívio lhe é indiferente. Os valores residuais ajustados revelaram diferença significativa no grupo dos indiferentes onde se observa que os idosos não institucionalizados estão mais representados face aos institucionalizados (13,8% vs 3,5%).

Quadro 7 – Distribuição da amostra relativamente à convivência com crianças e importância atribuída a esse contacto segundo o local de residência

Local de Residência	Não Inst.		Institucionalizados		Total		Valor Residual ajustado	
	n	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
<b>Variáveis</b>								
<b>Convive com crianças</b>								
Sim	23	39,7	16	27,6	39	33,6	1,4	-1,4
Não	35	60,3	42	72,4	77	66,4	-1,4	1,4
<b>Importância atribuída ao contacto com crianças</b>								
Muita	36	62,1	35	60,3	71	61,2	.0,2	-0,2
Bastante	14	24,1	21	36,2	35	30,2	-1,4	1,4
Indiferente	8	13,8	2	3,5	10	8,6	<b>2,0</b>	-2,0

### 5.1.3 – Caracterização familiar

Os resultados apresentados neste subcapítulo pretendem contextualizar todo um conjunto de características familiares que permitem identificar o número de filhos, a residência dos mesmos, que visitas costuma receber e qual a sua periodicidade e a funcionalidade familiar.

- **Número de filhos e residência dos filhos**

Quanto à variável familiar número de filhos, a maioria dos idosos refere ter um ou dois filhos (44,0%), 31,0% tem três ou mais filhos e 25,0% não tem nenhum filho. Nos idosos não institucionalizados predomina o grupo de um ou dois filhos (55,2%) enquanto que na amostra dos idosos institucionalizados é prevalente os sem filhos (37,9%) com diferenças estatisticamente significativas (res.>1,96) (cf. Quadro 8).

Considerando a residência dos filhos, pode-se afirmar que a maioria dos filhos reside no mesmo país que os idosos ou na mesma localidade com valores de 31,0% e 29,9%, respetivamente. O estudo, tendo por base os dois grupos de idosos, revela que nos idosos não institucionalizados 43,1% refere que os seus filhos residem na mesma localidade sendo

que nos idosos institucionalizados esse valor baixa para 11,1% verificando-se diferenças estatisticamente significativas (res.>1,96). Nos idosos institucionalizados 47,2% afirma que os seus filhos residem no mesmo país, valor mais alto quando comparado com os idosos não institucionalizados (19,6%), evidenciando o valor residual ajustado diferença estatística significativa (res.>1,96). Desta forma, podemos concluir que nos idosos institucionalizados os filhos vivem mais longe e os idosos não institucionalizados têm os filhos a residir mais perto deles (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Distribuição da amostra por local de residência segundo o número de filhos e residência dos mesmos

Local de Residência	Não Inst.		Institucionalizados		Total		Valor Residual ajustado	
	n	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
<b>Variáveis</b>								
<b>Número de filhos</b>								
Nenhum	7	12,0	22	37,9	29	25,0	-3,2	<b>3,2</b>
Um ou dois	32	55,2	19	32,8	51	44,0	<b>2,4</b>	-2,4
Três ou mais filhos	19	32,8	17	29,3	36	31,0	0,4	-0,4
<b>Residência dos filhos</b>								
Na mesma localidade	22	43,1	4	11,1	26	29,9	<b>3,2</b>	-3,2
No mesmo distrito	5	9,8	8	22,2	13	14,9	-1,6	1,6
No mesmo País	10	19,6	17	47,2	27	31,0	-2,7	<b>2,7</b>
Estrangeiro	14	27,5	7	19,5	21	24,2	0,9	-0,9

- **Quem os visita e qual a periodicidade**

Globalmente, ao analisar-se quem costuma visitar os idosos, em ambas as amostras observa-se que maioritariamente as visitas são de filhos e de parentes próximos (44,0% e 32,8%, respetivamente). Em relação às visitas de amigos, verifica-se que são os idosos institucionalizados que recebem mais visitas (29,3%) face aos não institucionalizados (15,5%). Constata-se ainda que, apenas na amostra dos não institucionalizados existem idosos sem visitas (6,9%).

A periodicidade habitual de visita aos idosos revela que os idosos institucionalizados têm visitas semanais (53,5%), valor mais elevado face aos idosos não institucionalizados (32,8%), com as diferenças significativas entre os dois grupos (res.=2,2). Por sua vez, os idosos não institucionalizados têm mais visitas diariamente face aos institucionalizados (24,1% vs 6,9%), revelando o valor residual ajustado diferença estatística significativa (res.=2,6) (Quadro 9).

Quadro 9 – Distribuição a amostra por local de residência segundo quem os visita e a periodicidade das visitas

Local de Residência	Não Inst.		Institucionalizados		Total		Valor Residual ajustado	
	n	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
<b>Variáveis</b>								
<b>Quem o visita: Filho (a)</b>								
Não	29	50,0	36	62,1	65	56,0	-1,3	1,3
Sim	29	50,0	22	37,9	51	44,0	1,3	-1,3
<b>Quem o visita: Irmão/Irmã</b>								
Não	53	91,4	49	84,5	102	87,9	1,1	-1,1
Sim	5	8,6	9	15,5	14	12,1	-1,1	1,1
<b>Quem o visita: Parente próximo</b>								
Não	37	63,8	41	70,7	78	67,2	-0,8	0,8
Sim	21	36,2	17	29,3	38	32,8	0,8	-0,8
<b>Quem o visita: Amigo (a)</b>								
Não	49	84,5	41	70,7	90	77,6	1,8	-1,8
Sim	9	15,5	17	29,3	26	22,4	-1,8	1,8
<b>Quem o visita: Vizinho (a)</b>								
Não	54	93,1	56	96,6	110	94,8	-0,8	0,8
Sim	4	6,9	2	3,4	6	5,2	Não Aplicável	
<b>Sem visitas</b>								
Não	54	93,1	58	100,0	112	96,6	-2,0	<b>2,0</b>
Sim	4	6,9	0	0,0	4	3,4	Não Aplicável	
<b>Periodicidade habitual das visitas</b>								
Diariamente	14	24,1	4	6,9	18	15,5	<b>2,6</b>	-2,6
Semanalmente	19	32,8	31	53,5	50	43,2	-2,2	<b>2,2</b>
Mensalmente	16	27,6	17	29,3	33	28,4	-0,2	0,2
Anualmente	5	8,6	6	10,3	11	9,5	-0,3	0,3
Nunca	4	6,9	0	0,0	4	3,4	Não Aplicável	

- **Funcionalidade Familiar**

Em relação à Funcionalidade Familiar, e através da análise do quadro 10, pode-se concluir que 11,2% dos idosos apresentam uma família com disfunção acentuada, 82,8% dos idosos estão inseridos em famílias altamente funcionais e as restantes 6,0% encontram-se inseridos em famílias moderadamente funcionais. Numa análise comparativa entre homens e mulheres, pode-se concluir, pelos valores residuais ajustados, que o sexo não influencia a Funcionalidade Familiar dos idosos.

Quanto a relação da Funcionalidade Familiar tendo por base o local de residência, conclui-se que os idosos que vivem em casa própria ou de um familiar estão mais representados nas famílias altamente funcionais (86,2% vs 79,3%), enquanto que, os idosos que estão em instituições apresentam um valor percentual mais elevado nas famílias com disfunção acentuada (13,8% vs 8,6%). Contudo, estas diferenças não são significativas (res.=1,0 e res.=0,9), ou seja, o local de residência não exerce influência na funcionalidade familiar dos idosos.

Quadro 10 – Avaliação da Funcionalidade Familiar da amostra por género e por local de residência

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total		Valor Residual ajustado	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
FUNCIONALIDADE FAMILIAR									
<b>Disfunção Acentuada</b>		6	13,0	7	10,0	13	11,2	0,5	-0,5
<b>Moderadamente Funcional</b>		2	4,3	5	7,1	7	6,0	-0,6	0,6
<b>Altamente Funcional</b>		38	82,7	58	82,9	96	82,8	0,0	0,0
Variáveis	Local de Residência	Não Inst.		Institucionalizado		Total		Valor Residual ajustado	
		N	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
FUNCIONALIDADE FAMILIAR									
<b>Disfunção Acentuada</b>		5	8,6	8	13,8	13	11,2	-0,9	0,9
<b>Moderadamente Funcional</b>		3	5,2	4	6,9	7	6,0	-0,4	0,4
<b>Altamente Funcional</b>		50	86,2	46	79,3	96	82,8	1,0	-1,0

#### 5.1.4 – Caracterização clínico-funcional

A caracterização ao nível do contexto clínico permite compreender como se posicionam os elementos da amostra relativamente à sua saúde, sendo que será objeto de análise a perceção que os idosos têm da sua saúde, as patologias que lhes estão associadas, a frequência de programa de Reabilitação e seus benefícios e o nível de independência nas ABVD's.

- **Perceção do estado de saúde e patologias associadas**

O estudo da perceção dos idosos em relação à sua saúde revela que os idosos não institucionalizados estão mais representados no grupo que considera ter razoável saúde (58,6%) face aos idosos institucionalizados (32,8%), verificando-se a existência de diferença estatisticamente significativa ( $res.=2,8$ ) entre ambas as amostras. Dos idosos institucionalizados, 39,7% considera que o seu estado de saúde é mau, sendo este o grupo mais representado. Desta forma podemos concluir que os idosos institucionalizados consideram ter pior estado de saúde quando comparados com os idosos que residem em casa própria ou de familiares (cf. Quadro 11).

Quanto às patologias associadas, 81,9% dos idosos têm alguma patologia, sendo os valores entre os idosos institucionalizados e os não institucionalizados semelhantes, sem significância estatística (cf. Quadro 11).

As patologias mais frequentes são hipertensão arterial associada a outras doenças com 26,6%, seguida de patologias osteoarticulares onde se enquadram as artroses,

reumatismo (16,8%); diabetes mellitus com 15,0%, patologias cardíacas com 12,6%, patologias neurológicas e psiquiátricas com 10,5% e patologias respiratórias com 7,4%.

Quadro 11 – Distribuição da amostra por local de residência segundo a percepção do estado de saúde e patologias associadas

Local de Residência	Não Inst.		Institucionalizados		Total		Valor Residual ajustado	
	n	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
<b>Variáveis</b>								
<b>Como considera o seu estado de saúde</b>								
Bom	8	13,8	13	22,4	21	18,1	-1,2	1,2
Razoável	34	58,6	19	32,8	53	45,7	<b>2,8</b>	-2,8
Mau	14	24,1	23	39,7	37	31,9	-1,8	1,8
Péssimo	2	3,5	3	5,1	5	4,3	Não aplicável	
<b>Patologia associada</b>								
Sim	48	82,8	47	81,0	95	81,9	0,2	-0,2
Não	10	17,2	11	19,0	21	18,1	-0,2	0,2

- **Frequência de Programa de Reabilitação e seus benefícios**

Face à questão se os idosos já frequentaram algum programa de reabilitação, 42,2% respondeu afirmativamente. Destes, 93,2% considera que o programa de reabilitação foi benéfico para a sua saúde. A análise entre ambos os grupos de idosos permite constatar que os idosos que estão institucionalizados já frequentaram mais vezes programas de reabilitação face aos que não estão institucionalizados (51,7% vs 32,8%), sendo as diferenças significativas (res=2,1) (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Distribuição da amostra por local de residência segundo a frequência de Programa de Reabilitação e seus benefícios

Local de Residência	Não Inst.		Institucionalizados		Total		Valor Residual ajustado	
	n	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
<b>Variáveis</b>								
<b>Frequência de Programa de Reabilitação</b>								
Sim	19	32,8	30	51,7	49	42,2	-2,1	<b>2,1</b>
Não	39	67,2	28	48,3	67	57,8	<b>2,1</b>	-2,1
<b>Se sim, foi Benéfico</b>								
Sim	16	88,9	29	96,7	45	93,2	-1,1	1,1
Não	2	11,1	1	3,3	3	6,8	Não aplicável	

- **Nível de Independência nas ABVD's**

Pela análise dos dados descritos no quadro 13, o nível de dependência, quanto ao grau, evidencia que a maioria da amostra é independente (57,8%), 26,7% são ligeiramente

dependentes e apenas 4.3% é totalmente dependente. O estudo face ao género dos idosos revela que, apenas as mulheres aparecem representadas no grau de dependência total (7,1%).

Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo o género em função do nível de Independência nas ABVD's

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total		Valor Residual ajustado	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Nível de Independência das AVD</b>									
Totalmente dependente		0	0,0	5	7,1	5	4,3	Não Aplicável	
Severamente dependente		1	2,2	1	1,4	2	1,7	0,3	-0,3
Moderadamente dependente		3	6,5	8	11,4	11	9,5	-0,9	0,9
Ligeiramente dependente		12	26,1	19	27,1	31	26,7	-0,1	0,1
Independente		30	65,2	37	53,0	67	57,8	1,3	-1,3

Atendendo ao local de residência dos idosos e através dos dados descritos no quadro 14, pode-se inferir que a maioria dos idosos não institucionalizados (93,1%) é independente nas suas atividades de vida diária, estando mais representados neste nível de independência face aos idosos institucionalizados (22,4%), verificando-se diferenças estatisticamente significativas (res.=7,7). Verificamos também que, no nível de ligeiramente independente, são os idosos institucionalizados que apresentam um valor percentual mais elevado (48,3% vs 5,2%), evidenciando-se diferenças estatísticas significativas (res.=5,2). Nos níveis de Totalmente dependente, Severamente dependente e Moderadamente dependente existe maior representatividade percentual de idosos institucionalizados face aos não institucionalizados, podendo-se afirmar que os idosos que residem em casa própria ou de familiares são mais autónomos na realização das atividades vida diária (cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Distribuição da amostra por género e por local de residência em função do nível de Independência nas ABVD's

Variáveis	Local de Residência	Não Inst.		Institucionalizados		Total		Valor Residual ajustado	
		n	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
<b>Nível de Independência das AVD</b>									
Totalmente dependente		1	1,7	4	6,9	5	4,3	Não Aplicável	
Severamente dependente		0	0,0	2	3,4	2	1,7	Não Aplicável	
Moderadamente dependente		0	0,0	11	19,0	11	9,5	Não Aplicável	
Ligeiramente dependente		3	5,2	28	48,3	31	26,7	-5,2	5,2
Independente		54	93,1	13	22,4	67	57,8	7,7	-7,7

O estudo comparativo entre os idosos institucionalizados e os não institucionalizados evidenciou que nas 10 tarefas do dia-a-dia, os idosos institucionalizados encontram-se mais dependentes face aos que residem em casa própria ou de familiares (cf. Quadro 15).

No autocuidado: higiene, a maioria dos idosos não institucionalizados é independente (96,6%), por sua vez dos idosos institucionalizados 53,4% necessitam de ajuda no cuidado pessoal, observando-se diferença estatisticamente significativa (res.=6,0).

No autocuidado do uso do sanitário, observa-se que os idosos não institucionalizados são mais independentes no autocuidado: uso do sanitário (98,3%) que os idosos institucionalizados (58,6%). Os valores residuais ajustados evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre idosos institucionalizados e os não institucionalizados (res.=5,2).

No autocuidado: alimentar-se averiguou-se que dos idosos institucionalizados 12,1% necessita de ajuda para se alimentar, revelando diferenças estatisticamente significativas (res.=2,2).

Quanto à Transferência e Mobilidade verifica-se que os idosos que residem em casa própria ou de familiares são mais autônomos (96,6% e 98,3%, respetivamente) que os idosos que estão em instituições, demonstrando os dados que 5,2% não se consegue transferir, 19,0% necessita de grande ajuda e 13,8% está imobilizado, com diferenças estatisticamente significativas (res.>1,96).

No autocuidado: vestir-se 41,4% dos idosos institucionalizados necessita de ajuda e 19,0% é totalmente dependente. Por sua vez, os idosos não institucionalizados revelam-se mais autônomos (96,6%), com valores residuais ajustados a demonstrarem que as diferenças são significativas (res.>1,96).

Em relação ao autocuidado: banho, observa-se que são os idosos institucionalizados que se encontram mais dependentes neste autocuidado (67,2%), com diferenças estatisticamente significativas (res.=7,0).

Quadro 15 – Caracterização do nível de Independência nas ABVD's em função do local de residência

Local de Residência	Não Inst.		Institucionalizado		Total		Valor Residual ajustado	
	n	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
<b>Variáveis</b>								
<b>Higiene</b>								
Necessita de ajuda no cuidado pessoal	2	3,4	31	53,4	33	28,4	-6,0	<b>6,0</b>
Independente	56	96,6	27	46,6	83	71,6	<b>6,0</b>	-6,0
<b>Evacuar</b>								
Incontinente	1	1,7	1	1,7	2	1,7	0,0	0,0
Acidentes ocasionais	1	1,7	1	1,7	2	1,7	0,0	0,0
Continente	56	96,6	56	96,6	112	96,6	0,0	0,0
<b>Urinar</b>								
Incontinente	2	3,4	3	5,2	5	4,3	-0,5	0,5
Acidentes ocasionais	7	12,1	21	36,2	28	24,1	-3,0	<b>3,0</b>
Continente	49	84,5	34	58,6	83	71,6	<b>3,1</b>	-3,1
<b>Ir à casa de banho</b>								
Dependente	0	0,0	9	15,5	9	7,8	-3,1	<b>3,1</b>
Necessita de ajuda	1	1,7	15	25,9	16	13,8	-3,8	<b>3,8</b>
Independente	57	98,3	34	58,6	91	78,4	<b>5,2</b>	-5,2
<b>Alimentar-se</b>								
Incapaz	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
Necessita de ajuda	1	1,7	7	12,1	8	6,9	-2,2	<b>2,2</b>
Independente	57	98,3	51	87,9	108	93,1	<b>2,2</b>	-2,2
<b>Transferências</b>								
Incapaz	0	0,0	3	5,2	3	2,6	-1,8	1,8
Grande ajuda	1	1,7	11	19,0	12	10,3	-3,0	<b>3,0</b>
Pequena ajuda	1	1,7	11	19,0	12	10,3	-3,0	<b>3,0</b>
Independente	56	96,6	33	56,8	89	76,8	<b>5,1</b>	-5,1
<b>Mobilidade</b>								
Imobilizado	1	1,7	8	13,8	9	7,8	-2,4	<b>2,4</b>
Independente na cadeira de rodas	0	0,0	3	5,2	3	2,6	Não Aplicável	
Anda com ajuda	0	0,0	11	19,0	11	9,4	Não Aplicável	
Independente	57	98,3	36	62,0	93	80,2	<b>4,9</b>	-4,9
<b>Vestir-se</b>								
Dependente	1	1,7	11	19,0	12	10,3	-3,0	<b>3,0</b>
Necessita de ajuda	1	1,7	24	41,4	25	21,6	-5,2	<b>5,2</b>
Independente	56	96,6	23	39,6	79	68,1	<b>6,6</b>	-6,6
<b>Escadas</b>								
Dependente	1	1,7	20	34,5	21	18,1	-4,6	<b>4,6</b>
Necessita de ajuda	4	6,9	20	34,5	24	20,7	-3,7	<b>3,7</b>
Independente	53	91,4	18	31,0	71	61,2	<b>6,7</b>	-6,7
<b>Banho</b>								
Dependente	3	5,2	39	67,2	42	36,2	-7,0	<b>7,0</b>
Independente	55	94,8	19	32,8	74	63,8	<b>7,0</b>	-7,0

• **Relação entre as variáveis sociodemográficas e a funcionalidade familiar com o Nível de Independência nas ABVD's**

Com o intuito de analisar as relações existentes entre algumas variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, tipo de reforma, percepção do estado de saúde) e a funcionalidade familiar com o nível de Independência nas ABVD's, utilizaram-se os testes de U Mann Whitney, Kruskal-Wallis e a análise de regressão linear simples.

Idade e Funcionalidade Familiar

Para estudar a associação entre a idade dos idosos e o nível de independência nas ABVD's recorreu-se à utilização da análise regressão linear simples (tabela 4). Verificou-se uma associação inversa e significativa ( $r=-0,350$ ;  $p=0,000$ ), ou seja, quando aumenta a idade dos idosos diminui o nível de independência. Explicando a idade, 12,25% da variância do Nível de Independência das ABVD's, somos levados a afirmar que se verifica um efeito da idade dos idosos no grau de dependência.

Quanto ao efeito da funcionalidade familiar, constatou-se que a associação não é significativa no nível de independência nas ABVD's ( $r=0,090$ ;  $p=0,335$ ) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Análise de regressão linear simples entre a idade, a Funcionalidade Familiar e Nível de Independência nas ABVD's

	r	r2(%)	t	p
<b>Idade</b>	<b>-0,350</b>	<b>12,25</b>	<b>-3,985</b>	<b>0,000***</b>
<b>Funcionalidade Familiar</b>	0,090	0,81	0,967	0,335

Estado Civil

Quanto ao estudo da associação entre o estado civil e o Nível de Independência das ABVD's, observa-se que os idosos casados ou a viver em união de facto são os mais autónomos sendo os solteiros, divorciados ou separados mais dependentes, com uma peso médio de 70,50 vs 48,50 respetivamente, podendo-se verificar os efeitos significativos desta variável sobre o Nível de Independência das ABVD's ( $H=11,308$ ;  $p=0,004$ ). Por esta razão, considera-se em aceitar que o efeito do estado civil no nível de dependência se apresenta estatisticamente significativo (cf. Tabela 5).

Habilitações Literárias

Face às habilitações literárias, constata-se que os idosos com instrução literária mais baixa (Não sabe ler e escrever) pontuaram em média com valor mais baixo o que indica maior

dependência na realização das atividades de vida diária, revelando diferenças estatisticamente significativas ( $H=8,776$ ;  $p=0,012$ ). Desta forma constata-se que as habilitações literárias influenciam o nível de dependência dos idosos (cf. Tabela 5).

### Tipo de reforma

Relativamente à influência do tipo de reforma dos idosos apurou-se que os idosos que recebem uma reforma por invalidez são quem tem um valor de peso médio mais baixo, o que indica maior dependência para realizar o seu autocuidado verificando-se a existência de diferenças significativas ( $H=10,453$ ;  $p=0,015$ ) desta variável sobre o nível de independência nas ABVD's (cf. Tabela 5).

### Estado de saúde

Observando os dados da tabela 5, considerando a relação entre o estado de saúde e a independência dos idosos nas ABVD's, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $H=22,945$ ;  $p=0,000$ ), verificando-se que os idosos que consideram a sua saúde como péssima são os dependentes (36,70). Por sua vez, quanto melhor é classificado o estado de saúde, maior é o nível de independência. Conclui-se que a percepção que os idosos fazem do seu estado de saúde exerce influência no nível de independência na realização das suas atividades básicas de vida diárias.

Tabela 5 – Dados estatísticos do teste de Kruskal-Wallis entre o Nível de Independência nas ABVD's com o estado civil, as habilitações literárias e o tipo de reforma

ESTADO CIVIL (N=116)	Solteiro, divorciado ou separado (n=20)		Casado ou a viver em união fato (n=47)	Viúvo (n=4)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio		Peso Médio	Peso Médio	H	P
NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA DAS AVD	48,50		70,50	51,07	11,308	0,004**
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (N=116)	Sabe ler e escrever (n=24)		1º Ciclo/4º Classe antiga (n=83)	2º e 3º Ciclo ou mais (n=8)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio		Peso Médio	Peso Médio	H	p
NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA DAS AVD	42,10		61,83	71,56	8,776	0,012*
TIPO DE REFORMA (N=116)	Limite de idade (n=77)	Pensão Social (n=3)	Pensão do conjugue (n=3)	Invalidez (n=33)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA DAS AVD	64,18	78,33	50,17	44,21	10,453	0,015*
ESTADO DE SAÚDE (N=116)	Bom (n=21)	Razoável (n=53)	Mau (n=37)	Péssimo (n=5)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA DAS AVD	71,50	68,18	40,20	36,70	22,945	0,000***

### 5.1.5 - Caracterização do Bem-estar Subjetivo

Como já foi anteriormente referido, o Bem-estar subjetivo foi avaliado através da escala de Satisfação com a vida (SLWS – Satisfaction With Life Scale) e a escala de afetos positivos e negativos (PANAS – Positive and Negative Affect Schedule).

- **Satisfação com a vida**

A análise de cada item que compõe a Escala da Satisfação com a vida presente revelou que, no item “*A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse*”, tanto os idosos não institucionalizados como os institucionalizados, concordam com a afirmação (32,8% e 27,6%, respetivamente). Na amostra dos idosos institucionalizados verificou-se uma percentagem de 17,2% que discorda com a afirmação, face a 13,8% dos idosos institucionalizados.

Relativamente à afirmação “*as minhas condições são muito boas*”, observa-se que na amostra dos não institucionalizados a maioria mostra-se indiferente (41,4%) seguido dos que concordam um pouco (31,0%). Já na amostra dos institucionalizados verifica-se que a maior percentagem refere-se aos que concordam um pouco com a afirmação (37,9%). Em ambas as amostras, apenas 8,6% discordaram muito com a afirmação.

Na afirmação “*Estou satisfeito (a) com a minha vida*”, constata-se que, em ambas as amostras, os idosos referem estar satisfeitos com a sua vida (39,7% concorda um pouco e 36,2% concorda muito). De salientar que, a percentagem dos que “discordam muito” é relativamente baixa e igual em ambas as amostras (6,9%).

Em relação à afirmação “*Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria*”, a maioria da amostra concorda de forma parcial ou total com a afirmação, com valores de 40,5% e 31,9%.

Quando questionados os idosos da possibilidade em recomeçar a vida de forma diferente, 31,1% refere que não mudaria nada, já 63,8% sentem que poderiam mudar algo no rumo que a sua vida. Observando os dados de cada amostra, verificamos que 24,2% dos idosos institucionalizados não mudaria quase nada se recomeçasse a sua vida contrariamente a 8,6% dos idosos não institucionalizados, verificando-se a existência de diferença estatística significativa (res.=2,3).

O estudo da nota global da Satisfação com a Vida revelou que a maioria da amostra encontra-se satisfeita com a vida (66,4%), sem diferença estaticamente significativa entre os grupos (res.<1,96) (cf. Quadro16).

Quadro 16 – Dados relativos à avaliação da Escala de Satisfação com a Vida segundo o local de residência

Variáveis	Local de Residência		Institucionalizados		Total		Valor Residual ajustado	
	n	%	n	%	n	%	Não Inst.	Inst.
<b>A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.</b>								
Discordo muito	8	13,8	10	17,2	18	15,5	-0,5	0,5
Discordo um pouco	9	15,5	8	13,8	17	14,7	0,3	-0,3
Não concordo, nem discordo	10	17,2	8	13,8	18	15,5	0,5	-0,5
Concordo um pouco	19	32,8	16	27,6	35	30,2	0,6	-0,6
Concordo muito	12	20,7	16	27,6	28	24,1	-0,9	0,9
<b>As minhas condições de vida são muito boas</b>								
Discordo muito	4	6,9	6	10,3	10	8,6	-0,7	0,7
Discordo um pouco	7	12,1	8	13,8	15	12,9	-0,3	0,3
Não concordo, nem discordo	24	41,4	15	25,9	39	33,6	1,8	-1,8
Concordo um pouco	18	31,0	22	37,9	40	34,6	-0,8	0,8
Concordo muito	5	8,6	7	12,1	12	10,3	-0,6	0,6
<b>Estou satisfeito (a) com a minha vida</b>								
Discordo muito	4	6,9	4	6,9	8	6,9	0,0	0,0
Discordo um pouco	4	6,9	0	0,0	4	3,4	Não Aplicável	
Não concordo, nem discordo	7	12,1	9	15,5	16	13,8	-0,5	0,5
Concordo um pouco	20	34,5	26	44,8	46	39,7	-1,1	1,1
Concordo muito	23	39,6	19	32,8	42	36,2	0,8	-0,8
<b>Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria</b>								
Discordo muito	2	3,4	1	1,7	3	2,6	Não Aplicável	
Discordo um pouco	8	13,8	7	12,1	15	12,9	0,3	-0,3
Não concordo, nem discordo	6	10,3	8	13,8	14	12,1	-0,6	0,6
Concordo um pouco	27	46,6	20	34,5	47	40,5	1,3	-1,3
Concordo muito	15	25,9	22	37,9	37	31,9	-1,4	1,4
<b>Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada</b>								
Discordo muito	20	34,5	20	34,5	40	34,5	0,0	0,0
Discordo um pouco	17	29,3	17	29,3	34	29,3	0,0	0,0
Não concordo, nem discordo	4	6,9	2	3,4	6	5,2	Não Aplicável	
Concordo um pouco	12	20,7	5	8,6	17	14,7	1,8	-1,8
Concordo muito	5	8,6	14	24,2	19	16,4	-2,3	<b>2,3</b>
<b>SATISFAÇÃO COM A VIDA (POR GRUPOS)</b>								
<b>Insatisfeito</b>	19	32,8	20	34,5	39	33,6	-0,2	0,2
<b>Satisfeito</b>	39	67,2	38	65,5	77	66,4	0,2	-0,2

Pelos dados presentes na tabela 6, contata-se que, em ambas as amostras os scores da escala Satisfação com a Vida, apresentam uma média de 16,64 (Dp= 4,375) e 17,12 (Dp=4,686), com os valores a oscilarem entre 7 e 25 indicando uma distribuição moderada em torno da média e uma curva de distribuição simétrica negativa e mesocúrtica. Considerando o ponto médio da pontuação de 15, os resultados indicam um bem-estar subjetivo cognitivo positivo.

Apesar dos valores de ordenação média dos idosos institucionalizados serem mais elevados face aos que residem em casa própria ou de familiares (OM=60,09 vs OM=56,91), as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (U=1589,5; p=0,608), ou seja, o local de residência dos idosos não têm influência na satisfação com a vida.

Tabela 6 – Estatísticas relativas à nota global da Satisfação com a vida em função do local de residência

Local de Residência	n	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk <sub>erro</sub>	K <sub>erro</sub>	CV (%)	Ordenação Média	U de Mann Whitney
<b>Não Inst.</b>	58	7	24	16,64	4,375	-1,834	-0,634	26,3	56,91	U=1589,5 Z=-0,512 p=0,608
<b>Institucionalizados</b>	58	8	25	17,12	4,686	-0,716	-1,480	27,4	60,09	
<b>Total</b>	116	7	25	16,87	4,521	-1,622	-1,495	27,8		

- **Satisfação com a vida em função do género**

Analisando as estatísticas relativas à *Satisfação com a vida em função do género*, verifica-se que os valores médios da escala de Satisfação com a Vida para o género masculino foi de 18,04 (Dp=4,131) sendo superior à do género feminino com 16,11 (Dp=4,629), observando-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres (U=1218,5; p=0,027), ou seja, os homens consideram-se mais satisfeitos com a vida face às mulheres (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Estatísticas relativas à nota global da Satisfação com a vida em função do género

Género	n	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk <sub>erro</sub>	K <sub>erro</sub>	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
<b>Masculino</b>	46	8	25	18,04	4,131	-1,674	-0,238	22,9	67,01	U=1218,5 Z=-2,215 p=0,027*
<b>Feminino</b>	70	7	25	16,11	4,629	-0,714	-1,427	28,7	52,91	
<b>Total</b>	116	7	25	16,87	4,521	-1,622	-1,495	27,8		

- **Afetos Positivos e Negativos**

O estudo dos Afetos Positivos (PA) revela que os afetos que os idosos manifestam ter mais frequentemente são: Atencioso com 81,9%, seguido do Atento com 51,7%, e do Interessado com 50,9%. Destaca-se ainda que, a maioria dos idosos sente muito pouco ou nada de Orgulho (54,3%) ou Inspiração (55,2%).

Por sua vez, nos Afetos Negativos, grande parte dos idosos manifesta-se nervoso (50,9%), aflito (37,1%), agitado (27,6%), 25,9% magoado e 24,1% irritado. Contudo observa-se que a maioria dos idosos manifestaram muito pouco ou nada sentimentos de culpa (81,0%), hostilidade (93,1%) assustado ou medroso, com valores de 58,6% e 55,2% respectivamente (cf. Quadro 17).

Quadro 17 – Distribuição percentual dos idosos face aos afetos positivos e negativos

	Muito Pouco		Pouco		Assim, assim		Muito		Muitíssimo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>AFETO POSITIVOS</b>										
Interessado	14	12,1	13	11,2	28	24,1	59	50,9	2	1,7
Estimulado	11	9,5	25	21,6	33	28,4	42	36,2	5	4,3
Forte	22	19,0	25	21,6	24	20,7	40	34,5	5	4,3
Entusiasmado	25	21,6	33	28,4	23	19,8	34	29,3	1	0,9
Orgulhoso	63	54,3	14	12,1	13	11,2	23	19,8	3	2,6
Atento	5	4,3	17	14,7	31	26,7	60	51,7	3	2,6
Inspirado	64	55,2	29	25,0	13	11,2	10	8,6	0	0,0
Decidido	9	7,8	11	9,5	27	23,3	58	50,0	11	9,5
Atencioso	2	1,7	7	6,0	4	3,4	95	81,9	8	8,9
Ativo	18	15,5	18	15,5	28	24,1	44	37,9	8	6,9
Emocionada	21	18,1	21	18,1	21	18,1	37	31,9	16	13,8
<b>AFETO NEGATIVOS</b>										
Aflito	29	25,0	30	25,9	10	8,6	43	37,1	4	3,4
Aborrecido	34	29,3	36	31,0	21	18,1	21	18,1	4	3,4
Culpado	94	81,0	17	14,7	3	2,6	2	1,7	0	0,0
Assustado	68	58,6	21	18,1	12	10,3	15	12,9	0	0,0
Hostil	108	93,1	6	5,2	1	0,9	1	0,9	0	0,0
Irritável	33	28,4	25	21,6	29	25,0	28	24,1	1	0,9
Envergonhado	39	33,6	36	31,0	16	13,8	23	19,8	2	1,7
Nervoso	6	5,2	20	17,2	15	12,9	59	50,9	16	13,8
Agitado	31	26,7	21	18,1	31	26,7	32	27,6	1	0,9
Medroso	64	55,2	27	23,3	5	4,3	18	15,5	2	1,7
Magoado	42	36,2	16	13,8	19	16,4	30	25,9	9	7,8

- **Afetos Positivos e Negativos segundo local de residência**

O estudo dos afetos positivos por grupos revela que 60,3% dos idosos apresenta insuficientes afetos positivos com valor total inferior ao ponto de corte. Nos idosos não institucionalizados a maioria apresenta afetos positivos (51,7%), por sua vez os idosos institucionalizados estão mais representados nos afetos positivos insuficientes (72,4%), com os valores residuais ajustados a indicarem diferenças estatisticamente significativas face aos afetos positivos (res.=2,7).

Por sua vez, quando analisados os 11 afetos negativos, constatou-se que 91,4% dos idosos apresenta poucos afetos negativos, sendo os valores entre os grupos de idosos semelhantes aos da amostra total (cf. Quadro 18).

Quadro 18 – Avaliação dos afetos positivos e negativos por grupos em função do local residência

Variáveis	Local de Residência		Institucionalizados		Total		Valor Residual ajustado	
	n	%	n	%	n	%	Não Inst	Inst
<b>AFETOS POSITIVOS (POR GRUPOS)</b>								
Insuficientes	28	48,3	42	72,4	70	60,3	-2,7	2,7
Suficiente	30	51,7	16	27,6	46	39,7	2,7	-2,7
<b>AFETOS NEGATIVOS (POR GRUPOS)</b>								
Insuficientes	54	93,1	52	89,7	106	91,4	0,7	-0,7
Suficiente	4	6,9	6	10,3	10	8,6	-0,7	0,7

## 5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Segundo Fortin (2009, p. 440), “a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população.” Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

De seguida procedemos à análise das correlações entre as variáveis independentes com o Bem-Estar subjetivo dos idosos, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação.

- **Idade**

Através dos resultados da análise de regressão linear simples representados na tabela 8, verificou-se uma associação inversamente negativa entre a idade e o bem-estar subjetivo ( $r=-0,225$ ;  $p=0,015$ ), ou seja, quando aumenta a idade dos idosos diminui o seu bem-estar subjetivo, diminuindo a satisfação com a vida, sendo a idade responsável por 5,1% da variância do bem-estar dos idosos.

Tabela 8 – Análise de regressão linear simples entre o Bem-estar subjetivo e a idade, tempo de institucionalização, funcionalidade familiar e nível de Independência das ABVD's

	r	r2(%)	t	P
<b>Idade</b>	<b>-0,225</b>	5,1	-2,467	<b>0,015*</b>
<b>Tempo institucionalização</b>	0,154	2,4	1,163	0,250
<b>Funcionalidade Familiar</b>	0,238	5,7	2,614	<b>0,010*</b>
<b>Nível de Independência das ABVD's</b>	0,325	10,6	3,669	<b>0,000***</b>

- **Género**

Através dos resultados obtidos, descritos na tabela 9, observa-se que os homens possuem melhor bem-estar subjetivo face às mulheres com uma ordenação média de 72,14 vs 49,54 respetivamente, sendo as diferenças altamente significativas ( $U=982,5$ ;  $Z=-3,543$ ;  $p=0,000***$ ).

Tabela 9 – Teste de U de Mann Whitney entre o Bem-estar subjetivo com o género

	GÉNERO				
	Masculino (n=46)	Feminino (n=70)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
<b>BEM-ESTAR SUBJETIVO</b>	72,14	49,54	<b>982.5</b>	<b>-3,543</b>	<b>0,000***</b>

- **Estado Civil**

Relativamente ao estado civil, verifica-se que foram os idosos viúvos que pontuaram com menor bem-estar subjetivo (peso médio=52,77) e os que estão casados ou vivem em união de facto são quem possui melhor bem-estar. Contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $H=2,484$ ;  $p=0,289$ ), ou seja, o estado civil não exerce influência no bem-estar subjetivo dos idosos (cf. Tabela 10).

- **Habilitações literárias**

A análise das habilitações literárias evidencia, pelos resultados presentes na tabela 10, que os idosos que não sabem ler e escrever (literacia mais baixa) são os que têm peso médio indicativo de mais baixo nível de bem-estar subjetivo ( $PM=42,58$ ). Em sentido oposto, os idosos que possuem o 1º Ciclo (4º Classe) são os que tem valores mais elevados, indicando um bem-estar subjetivo mais elevado, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ( $H=6,856$ ;  $p=0,032$ ), podendo-se inferir que as habilitações literárias influenciam, de forma significativa, o bem-estar subjetivo dos idosos.

- **Situação Financeira**

Quanto à relação entre a situação financeira dos idosos e a variável dependente, constata-se, pela análise dos valores da tabela 10, que o valor da reforma por mês não tem influência significativa no bem-estar dos idosos ( $H=4,953$ ;  $p=0,084$ ).

Tabela 10 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Bem-estar subjetivo com o estado civil, as habilitações literárias e situação financeira

ESTADO CIVIL (N=116)	Solteiro, divorciado ou separado (n=20)	Casado ou a viver em união fato (n=47)	Viúvo (n=4)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
BEM-ESTAR SUBJETIVO	61,93	63,02	52,77	2,484	0,289
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (N=116)	Sabe ler e escrever (n=24)	1º Ciclo/4º Classe antiga (n=83)	2º e 3º Ciclo ou mais (n=8)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
BEM-ESTAR SUBJETIVO	42,58	62,96	59,83	<b>6,856</b>	<b>0,032*</b>
SITUAÇÃO FINANCEIRA (N=116)	Ate 250€ mês (n=28)	De 250€ a 500€ (n=73)	Mais de 500€ (n=13)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
BEM-ESTAR SUBJETIVO	49,11	57,83	73,73	4,953	0,084

- **Local de residência**

Segundo o local de residência, observa-se que, os idosos que residem em casa própria ou de familiares possuem valores médios que indicam um melhor bem-estar (65,59 vs 51,41), sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $U=1270,5$ ;  $Z=-2,273$ ;  $p=0,023$ ). Conclui-se assim que, o local de residência dos idosos tem influência no bem-estar subjetivo dos mesmos (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Teste de U de Mann Whitney entre o Bem-estar subjetivo com o local de residência

LOCAL DE RESIDÊNCIA (N=116)					
	Casa própria (n=58)	Institucionalizado (n=58)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
BEM-ESTAR SUBJETIVO	65,59	51,41	<b>1270,5</b>	<b>-2,273</b>	<b>0,023*</b>

- **Tempo de institucionalização**

Para determinar se o tempo de institucionalização é preditor do bem-estar subjetivo efetuamos uma regressão linear simples. Os resultados inseridos na tabela 8 indicam que entre as variáveis em estudo existe uma correlação positiva ( $r=0,151$ ;  $p=0,250$ ) cuja percentagem de variância explicada é de 2,4. Contudo, pelos valores de t verifica-se que, não existe diferença estatisticamente significativa, ou seja, o tempo de institucionalização não influencia o bem-estar subjetivo.

- **Funcionalidade Familiar**

A regressão linear simples entre a Funcionalidade Familiar e o bem-estar subjetivo dos idosos (cf. Tabela 8) mostra que a associação é positiva, direta e significativa, ou seja, o aumento da funcionalidade familiar corresponde um aumento do bem-estar dos idosos ( $r=0,238$ ;  $p=0,010$ ), ou seja os idosos inseridos em famílias mais funcionais percebem um melhor bem-estar. Pelos valores de t da regressão linear evidencia-se que a Funcionalidade familiar é responsável por 5,7 da variância dos valores de bem-estar subjetivo dos idosos.

- **Número de filhos e periodicidade das visitas**

Relativamente à análise do número de filhos em relação ao bem-estar, pode-se inferir, através dos resultados presentes na Tabela 12, que em média os idosos com uma a dois filhos apresentam níveis de bem-estar subjetivo mais elevado e os com três ou mais filhos são os que apresentam níveis de bem-estar subjetivo mais baixo, sem evidência estatística significativa ( $H=2,651$ ;  $p=0,266$ ).

Quanto à periodicidade das visitas, destaca-se que os idosos que não têm visitas são os que apresentam valores mais baixos de bem-estar subjetivo, contudo sem evidência significativa ( $H=3,666$ ;  $p=0,453$ ) (cf. Tabela 12). Verifica-se ainda que os idosos que recebem visitas diariamente são os que apresentam valores médios de bem-estar subjetivo mais elevados (68,11), valores que vão decrescendo com o aumento de tempo entre as visitas, com exceção das visitas anualmente que apresentam valores médios de 66,68.

Conclui-se que as variáveis familiares, número de filhos e periodicidade das visitas não exercem influência na variável dependente: bem-estar subjetivo.

Tabela 12 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Bem-estar subjetivo com o número de filhos e a periodicidade das visitas

NÚMERO DE FILHOS (N=116)	Nenhum (n=20)	Um a dois (n=51)	Três ou mais (n=4)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
BEM-ESTAR SUBJETIVO	59,97	62,87	51,13	2,651	0,266

PERIODICIDADE DE VISITAS (N=116)	Diariamente (n=18)	Semanalmente (n=50)	Mensalmente (n=3)	Anualmente (n=11)	Nunca (n=4)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
BEM-ESTAR SUBJETIVO	68,11	56,74	55,35	66,68	40,75	3,666	0,453

- **Estado de Saúde**

O estado de saúde percebido pelos idosos influenciou o bem-estar subjetivo ( $H=29,007$ ;  $p=0,000$ ), onde se observa, pelos valores da Tabela 13, que os idosos que referem que o seu estado de saúde é bom, possuem em média um melhor bem-estar. Quando o estado de saúde se vai deteriorando o bem-estar também diminui, sendo que os valores mais baixos são encontrados nos idosos que referem que têm um estado de saúde péssimo.

Tabela 13 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Bem-estar subjetivo com o estado de saúde

ESTADO DE SAÚDE (N=116)	Boa (n=21)	Razoável (n=53)	Mau (n=37)	Péssimo (n=5)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
BEM-ESTAR SUBJETIVO	85,40	63,40	39,47	34,40	29,007	0,000***

- **Nível de Independência nas ABVD's**

O nível de independência nas ABVD's associou-se positivamente com o bem-estar subjetivo dos idosos ( $r=0,325$ ;  $p=0,000$ ), ou seja, quando aumenta a autonomia dos idosos na realização do seu autocuidado aumenta o seu bem-estar subjetivo. A regressão linear simples revela que o nível de independência nas ABVD's é responsável por 10.6% da variância da nota do bem-estar, revelando o valor de t diferença estatística altamente significativa ( $t=3,669$ ;  $p=0,000$ \*\*\*) (cf. Tabela 8).

## 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Precedentemente apresentámos e analisámos os dados obtidos tendo sido destacados os resultados mais pertinentes. O presente capítulo pretende efetuar uma síntese e discussão de cariz mais aprofundado dos resultados obtidos, relacionando-os com os objetivos do estudo, mediante a comparação com estudos já publicados sobre a temática, de forma a extrair conclusões e hipotéticas implicações que deles sucedem.

A análise dos resultados correspondentes à idade e ao género possibilita verificar que a amostra global estudada é constituída por 116 idosos, dos quais 58 residem em sua casa ou de familiares e 58 são residentes em Lares, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, com média de idades de 77,73 anos. Relativamente ao género, destaca-se a distribuição desigual já que 60,3% dos idosos são do género feminino e apenas 39,7% são do género masculino. Estes resultados comprovam os dados obtidos no Recenseamento da população portuguesa, no ano de 2011, onde as mulheres predominavam comparativamente aos homens, podendo este facto ser explicado pela maior esperança média de vida feminina e pela elevada mortalidade masculina (Carrilho & Craveiro, 2015).

Os dados contidos no estudo de Lopes (2012) vão de encontro ao nosso estudo havendo uma maioria de sujeitos do género feminino (62,5%) comparativamente ao género masculino (37,5%). Comparando os dados entre as duas amostras, em relação à idade e ao género constata-se que, os idosos que residem em casa própria ou de familiares possuem uma média de idade inferior (73,95) face aos idosos institucionalizados (81,52).

Resultados semelhantes foram encontrados num estudo comparativo realizado por Bernardino (2013), que verificou que nos idosos institucionalizados a média de idade foi de 84,0 enquanto que na amostra de idosos não institucionalizados a média foi de 78,5, imperando o género feminino em ambas as amostras (54,0%).

Também Chaves (2015) constatou no seu estudo que, em ambas as amostras o género representativo foi o feminino, e a média de idades foi desigual, sendo inferior nos idosos não institucionalizados (81,0 vs 83,0).

Por sua vez, Cobo (2014), num estudo realizado em Espanha apenas com uma amostra de idosos institucionalizados, verificou que a proporção de homens institucionalizados era maior (57,1%) que as mulheres (42,9%) contrariando os dados do nosso estudo.

Relativamente ao grupo etário verificámos que nos idosos institucionalizados prevalece o grupo de mais de 86 anos (43,2%), seguido do grupo etário de 79 a 85 anos (24,1%), estando os idosos não institucionalizados mais representados no grupo de idade dos 65 aos 69 (37,9%) e menos no grupo etário dos mais de 86 anos (3,4%). Seixas (2013) constatou que o grupo etário mais representativo dos idosos institucionalizados era dos 71 aos 79 anos (21,4%) e do grupo etário dos idosos residentes no domicílio corresponde aos 59 a 70 anos (22,2%). O estudo de Cobo (2014, p. 1015) revelou que, 48,7% dos idosos institucionalizados encontravam-se na faixa etária dos 75 a 79 anos, seguido do grupo etário dos mais de 80 anos (31,5%) e apenas 19,8% se encontravam na faixa etária dos 70 a 74 anos não existindo idosos com idades inferiores a 70 anos, verificando-se que, comparativamente como o nosso estudo, os idosos institucionalizados apresentam menos idade.

Quanto ao estado civil, destacam-se os indivíduos viúvos (55,1%) na amostra dos idosos institucionalizados e os casados ou em união de facto (62,1%) nos idosos a residirem em casa própria ou de familiares. Os níveis de escolaridade são predominantemente baixos, pois, em ambas as amostras, prevalecem os idosos com apenas a 4ª Classe (1º Ciclo) representando 71,6% da amostra global. De salientar que 29,3% dos idosos não institucionalizados não sabem ler e escrever face aos 12,1% dos idosos não institucionalizados, constatando-se assim que, os níveis de escolaridade dos idosos institucionalizados são inferiores comparativamente aos idosos que residem no seu domicílio.

Os dados contidos no estudo de Mónico, Frazão, Clemente e Lucas (2012) vão de encontro aos do presente estudo, verificando-se que, em relação ao estado civil, a maioria dos idosos não institucionalizados são casados e um maior número de idosos institucionalizados são viúvos. No que respeita às habilitações literárias, 90% dos idosos têm uma escolaridade até ao 4º ano, sendo 25,80% analfabetos e 10% com habilitações superiores ao 4º ano.

Contrariamente ao nosso estudo, Seixas (2013) constatou que tanto nos idosos institucionalizados como os não institucionalizados, a maioria eram viúvos (77,3 % e 28,6%, respetivamente). Ainda no estudo do mesmo autor, os dados relativos às habilitações literárias indicam os baixos níveis de escolaridade destacando-se os sujeitos que “sabem ler e escrever” (35,7%) e os que possuem a instrução primária (25,4%) verificando-se que o grupo

institucionalizado apresenta níveis mais baixos de escolaridade que o grupo que reside no seu domicílio, corroborando estes últimos dados com os obtidos no nosso estudo.

Ao analisar o tipo de reforma salienta-se que, em ambos os grupos, os idosos recebem a reforma devido ao limite de idade, 74,1% dos idosos não institucionalizados e 58,6% dos idosos institucionalizados. Destaca-se que, 36,2% dos idosos institucionalizados estão reformados por invalidez face aos 20,7% dos idosos não institucionalizados. A investigação realizada por Seixas (2013, p. 119) revela que em todos os grupos o maior valor percentual (85,7%) dos idosos corresponde a uma reforma por limite de idade (41,3% dos idosos não institucionalizados e 44,4% dos idosos institucionalizados). A reforma por invalidez foi o segundo (10,3%) regime de reforma instituído aos idosos.

Quanto à situação financeira, evidencia-se que em ambas as amostras, 64,0% dos idosos recebem entre 250 a 500 euros por mês sendo menos representativo o valor auferido de mais de 500 euros por mês (11,4%). Uma das explicações para estes baixos rendimentos prende-se com o facto dos salários de referência serem baixos e, por outro, ao curto período das carreiras contributivas (Martins, 2008 como citado em Seixas, 2013). De salientar que, apesar de rendimentos baixos, 63,2% dos idosos estão satisfeitos com o valor da reforma verificando-se contudo que, os idosos institucionalizados apresentam maior satisfação com o valor da reforma (76,8%) que os idosos que residem em casa própria (50,0%). Estes resultados da satisfação com o valor da reforma contrariam vários estudos em que a maioria dos idosos se sente insatisfeito com o valor da reforma. Face à conjuntura atual da sociedade, talvez os idosos estejam resignados com o valor que recebem. A satisfação demonstrada por parte dos idosos institucionalizados pode ser devido à própria institucionalização onde lhe são satisfeitas todas as necessidades sem necessitarem de se preocupar com o controlo dos gastos.

No estudo de Carvalho e Dias (2011), numa amostra de idosos institucionalizados, constatou que os idosos inquiridos possuíam rendimentos baixos, com valores inferiores a 500 euros, demonstrando, no entanto, que 47,5% considerava o valor razoável, 41,7% insuficiente, 10% bom e 9,2% muito bom, indo de encontro aos dados obtidos neste estudo para o grupo de idosos institucionalizados.

Seixas (2013) apurou que 50,8% dos idosos auferia de um rendimento mensal que se situa entre os 250 e os 500 euros. Considerando os dois grupos de idosos, verificou que os valores mais baixos de reforma correspondiam aos idosos institucionalizados e o inverso para nos idosos não institucionalizados. Também verificou que, maioritariamente, o tipo de reforma dos inquiridos correspondia à reforma por limite de idade (41,3% no grupo não institucionalizados e 44,4% no grupo institucionalizados) seguido da reforma por invalidez com

10,3% do total da amostra. Contrariamente ao nosso estudo, 71,2% dos idosos inquiridos mostraram-se insatisfeitos com o valor auferido de reforma e apenas 14,3% referiu estar satisfeito. Também no estudo de Rodrigues (2011), 80,6% dos idosos inquiridos revelou-se insatisfeito com a reforma.

No que concerne à iniciativa da Institucionalização e duração de internamento foi constatado que, a maioria dos idosos foi para estas instituições por vontade própria (43,1%) e por iniciativa familiar (34,5%). O tempo de internamento, oscilou entre 1 ano e 30 anos, com uma média de 3,87 anos, encontrando-se os homens a residir há mais tempo ( $\bar{x}=4,45$ ) que as mulheres ( $\bar{x}=3,47$ ). A institucionalização está relacionada com o aumento de idosos a residirem sozinhos, sem alternativas de apoio social, com saúde mais debilitada e por vezes em isolamento social. Almeida (2008, p. 138) verificou no seu estudo que foi dos idosos que partiu a ideia para a institucionalização, representando 46,2 %, seguindo-se a iniciativa por parte dos filhos com 30,1 %.

Carvalho e Dias (2011, p.170) constatou que em relação ao tempo de permanência, 61,7% dos idosos residiam na instituição há mais de 5 anos e 9,2% há mais de 20 anos. A iniciativa de internamento pertenceu aos familiares em 49,2% e em 39,2% ao próprio, contrapondo os dados obtidos neste estudo. Peres (2014, p. 39), verificou que 50,0% da amostra encontrava-se institucionalizado há mais de 4 anos, 28,6% entre 2 a 4 anos e 21,4% há menos de 2 anos.

Em relação à coresidência dos idosos que vivem em casa própria verificou-se que, é prevalente a coresidência com o cônjuge (62,1%). No entanto, de realçar que, 24,1% dos idosos vivem sozinhos e apenas 13,8% com a família. Já no estudo de Lopes (2012), verificou-se uma situação mais agravada visto que a maioria dos idosos viviam sozinhos, seguido dos que vivem com o cônjuge e, por último com a família. Atualmente, na comunidade, as respostas a nível social têm aumentado permitindo à pessoa idosa permanecer no seu domicílio, dando apoio direcionado às suas necessidades, especialmente àqueles que vivem sozinhos ou em situações de isolamento. Desta forma, prolonga-se a residência do idoso no seu domicílio, no seu ambiente envolvente, no seu contexto de vida.

Quanto à caracterização familiar, verificou-se que, quanto ao número de filhos, nos idosos não institucionalizados predomina o grupo de um ou dois filhos (55,2%) enquanto que na amostra dos idosos institucionalizados é prevalente os sem filhos (37,9%). Em relação à residência dos filhos, constata-se que nos idosos não institucionalizados os filhos vivem mais perto (43,1%) face aos idosos institucionalizados (11,1%). Estes dados podem levar à conclusão de que a institucionalização pode derivar da falta de apoio familiar, visto a percentagem de idosos institucionalizados sem filhos ser a predominante e dos que têm filhos,

estes vivem mais longe. No seu estudo, Seixas (2013) também concluiu que os idosos que residem no domicílio têm maior proximidade da residência dos filhos que os que estão institucionalizados.

A análise da variável “visitas” demonstra que, em ambas as amostras, as visitas são de filhos e de parentes próximos (44,0% e 32,8%, respetivamente). Em relação às visitas de amigos, apura-se que são os idosos institucionalizados que recebem mais visitas (29,3%) face aos não institucionalizados (15,5%). De realçar que, apenas na amostra dos não institucionalizados existem idosos sem visitas (6,9%). Quanto à periodicidade de visitas, constatou-se que, os idosos institucionalizados são os que recebem mais visitas. No entanto, os idosos não institucionalizados recebem mais frequentemente visitas uma vez que recebem mais visitas diariamente face aos institucionalizados (24,1% vs 6,9). Os resultados do estudo de Carvalho e Dias (2011, p. 170), corroboram os resultados encontrados neste estudo, uma vez que as visitas da família aos idosos institucionalizados são semanais para 26,3%, quinzenais para 24,6%, para 21,9% são mensais, para 13,2% anuais e 8,8% não têm visitas da família. Por seu lado, Seixas (2013) constatou que, em ambas as amostras a maior percentagem de visitas correspondia aos amigos (88,3%), seguido das visitas pelos filhos com 74,6%, dados diferentes do nosso estudo. A explicação que encontramos para este aparente paradoxo, leva-nos a admitir que, tal pode ser devido ao facto de as famílias passarem cada vez menos tempo com os seus idosos, mantendo sobretudo o apoio instrumental necessário, relegando para um segundo plano o apoio emocional, tão importante para o idoso, levando-os a perceberem sentimentos menos positivos acerca dos membros da família (Andrade & Martins, 2011).

Quanto à funcionalidade familiar, a aplicação da escala de Apgar familiar indicou que os idosos que vivem em casa própria ou de familiares estão mais representados nas famílias altamente funcionais (86,2% vs 79,3%). No entanto, é de salientar que, os idosos institucionalizados apresentam um valor percentual mais elevado nas famílias com disfunção acentuada (13,8% vs 8,6%). São diversos os estudos que revelam que a institucionalização dos idosos está relacionada com a disfuncionalidade familiar. Contudo, apesar de existir uma percentagem mais elevada de famílias com disfunção acentuada, não podemos inferir se está ligada ao motivo de internamento nas instituições. Segundo Andrade e Martins (2011), o modo como os elementos da família interagem entre si e com os outros é que determina e prediz a funcionalidade ou a disfuncionalidade familiar. As mesmas autoras, no seu estudo “Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos”, constataram que, na sua maioria, os idosos perceberam ter uma relação familiar que integra uma família altamente funcional (62,4%) seguida dos que referem ter uma relação familiar com disfunção leve (27,1%). Resultados semelhantes aos do nosso estudo foram apresentados por Seixas (2013). No seu

estudo, a autora verificou que o grupo de idosos não institucionalizados percecionava níveis de funcionalidade familiar superiores aos idosos institucionalizados. Os idosos residentes no domicílio percecionaram a sua família como altamente funcionais, seguindo-se as moderadamente funcionais e, por fim, as de disfunção acentuada. Já no grupo dos institucionalizados, a maior percentagem (20,0%) referiu-se às famílias com moderada disfunção, seguindo-se as de disfunção acentuada e com menos peso (apenas 12,8%) as famílias altamente funcionais.

Em relação à percepção do estado de saúde, os dados revelam que, maioritariamente, os idosos consideram a sua saúde razoável (45,7%), sendo seguido por aqueles que consideram a sua saúde como má (31,9). De salientar que, os idosos institucionalizados consideram ter pior estado de saúde quando comparados com os idosos que residem em casa própria ou de familiares visto que, 39,7% dos idosos institucionalizados considera que o seu estado de saúde é mau face a 24,1% dos que residem em sua casa ou de familiares. No estudo de Nunes (2009, p.97), verificou-se que a maioria dos idosos inquiridos avaliou a sua saúde negativamente (má - 43,3% e péssima- 13,3%) ou razoavelmente (33,3%). Apenas 6,7% e 3,3% consideraram a sua saúde como boa e muito boa, respetivamente. Num estudo realizado por Lopes (2012), verificou-se que tanto os idosos não institucionalizados como os institucionalizados consideram a sua saúde como má. Contudo, comparando as duas amostras, Lopes (2012) constatou que as percepções dos idosos das instituições indicam uma saúde mais regular. Também Martins e Mestre (2014, p.157) obteve dados semelhantes uma vez que, os resultados globais mostraram que a maioria dos idosos perceciona o seu estado saúde como “muito mau” sendo este estado correspondente essencialmente aos idosos institucionalizados. Por sua vez, os idosos que residem em comunidade assumem uma posição mais neutra, classificando a sua saúde como “nem boa, nem má”.

Quanto a patologias associadas, ambas as amostras relatam a existência das mesmas sendo as patologias mais frequentes a hipertensão arterial associada a outras doenças (26.6%), seguida de patologias osteoarticulares onde se enquadram as artroses, reumatismo (16,8%); diabetes mellitus com 15,0%; patologias cardíacas com 12,6%; patologias neurológicas e psiquiátricas com 10,5% e patologias respiratórias com 7,4%. Dados semelhantes foram encontrados por Neto (2014), no estudo “Qualidade de vida e atitudes dos idosos face à velhice”, onde constatou que só 49% dos participantes afirmou não ter nenhuma doença. A patologia mais comum entre os idosos foi a hipertensão, que afetava 10% dos idosos.

Quanto à frequência de programa de reabilitação, 42,2% dos idosos referiu ter frequentado sessões de reabilitação sendo que 93,2% destes consideraram que o programa de reabilitação foi benéfico para a sua saúde. De realçar que, os idosos institucionalizados

frequentaram mais vezes programas de reabilitação que os não institucionalizados (51,7% vs 32,8%).

Pelos resultados verifica-se que a maioria dos idosos não usufruiu de cuidados especializados na área da reabilitação. Muito poderá ser devido à falta de profissionais especializados, essencialmente de enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação, que possam dar resposta às necessidades da pessoa idosa. Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação não só “promovem a saúde no que respeita à prevenção dos riscos de alteração de funcionalidade que determinam limitações da atividade e/ou incapacidades” mas também promovem “processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade” e “capacidades para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência” através da conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados e individualizados mediante a identificação das necessidades específicas da pessoa (Regulamento n.º 350/2015, p.16656). Assim sendo, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação tornam-se profissionais fundamentais nos cuidados de saúde à pessoa idosa, quer a nível institucional quer a nível da comunidade, para que seja proporcionada a recuperação e a adaptação funcional da pessoa e dos seus entes próximos, no seu contexto de vida (Fernandes, 2015).

O nível de dependência, quanto ao grau, evidencia que a maioria da amostra é independente (57,8%), 26,7% são ligeiramente dependentes e apenas 4,3% é totalmente dependente sendo que as mulheres aparecem mais representadas no grau de dependência total (7,1%). Pelos resultados obtidos pode-se inferir que, os idosos que residem em casa própria ou de familiares são mais autónomos na realização das atividades vida diária (93,1% são independentes) comparativamente aos idosos não institucionalizados que apresentam níveis de Totalmente dependente, Severamente dependente e Moderadamente dependente (6,9%, 3,4% e 19,0%, respetivamente).

Estudos revelam que a institucionalização do idoso leva a um aumento da perda de funcionalidade tornando-o mais dependente. Santos e Andrade (2005 como citado em Medeiros, 2012) consideram que à medida que aumenta o tempo de internamento aumenta a debilidade do idoso. Existem estudiosos que recomendam a institucionalização do idoso em situações de dependência total com impossibilidade de recuperação ou em situações de morarem sozinhos (Neves, 2012). No seu estudo, Cobo (2014) avaliou o índice e Barthel em dois momentos, 20 dias após a admissão e 12 meses após a admissão, verificando que na segunda avaliação, na atividade: mobilidade, a percentagem de 21% dos idosos que necessitavam de ajuda aumentou para 73,7% passando os idosos de totalmente independentes a necessitarem de ajuda. De facto, viver no seu meio, proporciona ao idoso a

manutenção da sua autonomia e independência. Contudo, no nosso estudo, verificou-se que, nos idosos institucionalizados, existe uma percentagem baixa de idosos com dependência visto que, 48,3% e 22,4% dos idosos encontra-se ligeiramente dependente e independente, respetivamente.

Em relação às ABVD's, verificou-se que os idosos institucionalizados são mais dependentes no autocuidado: higiene (53,4%), no autocuidado: uso do sanitário (58,6%), nas transferências (19% necessitam de grande ajuda), na mobilidade (13,8% estão imobilizados), no vestir-se (19%), no subir e descer escadas (34,5%) e no banho (67,2%). Por sua vez, os dados da amostra dos não institucionalizados demonstram estar independentes em todas as ABVD's. Mais uma vez se denota a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que, com um programa de exercícios direcionado à minimização das dificuldades sentidas no autocuidado, promove a saúde, a independência e segurança maximizando as potencialidades de cada idoso, podendo fazer a diferença entre a recuperação da habilidade e a acomodação à dificuldade sentida (Fernandes, 2015).

Ao analisar a relação existente entre algumas variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, tipo de reforma, perceção do estado de saúde) e a funcionalidade familiar com o nível de Independência nas ABVD's concluiu-se que quando aumenta a idade dos idosos diminui o nível de independência ( $r=-0,350$ ;  $p=0,000$ ). As alterações decorrentes do envelhecimento primário e as alterações patológicas do envelhecimento secundário vivenciadas pelos idosos culminam numa crescente dependência (Marinho, Vieira, Costa, & Andrade, 2013). Em relação à funcionalidade familiar verificou-se que não existe associação significativa com nível de independência nas ABVD's. Já o estado civil apresentou uma relação estatisticamente significativa com o nível de independência uma vez que os idosos casados ou a viver em união de facto são os mais autónomos sendo os solteiros, divorciados ou separados os mais dependentes. Face às habilitações literárias, constata-se que os idosos com nível de escolaridade mais baixo (Não sabe ler e escrever) são mais dependentes na realização das atividades de vida diária do que os restantes revelando uma associação estatisticamente significativa. Também o tipo de reforma dos idosos apresentou uma relação estatisticamente significativa com o nível de independência uma vez que os idosos que recebem uma reforma por invalidez possuem maior dependência para realizar o seu autocuidado.

Considerando a relação entre o estado de saúde e a independência dos idosos nas ABVD's, verifica-se que os idosos que consideram a sua saúde como péssima são os mais dependentes. Por sua vez, quanto melhor é classificado o estado de saúde, maior é o nível de independência. Pode-se inferir que, a perceção que os idosos fazem do seu estado de saúde exerce influência no seu nível de independência. Um estudo internacional realizado

com o objetivo de comparar a dependência de pessoas com idades superiores a 75 anos da América Latina e Caribe, Reyes-Ortiz, Ostir, Pelaez e Ottenbacher (2006, p. 27), concluíram que, numa amostra de 3225 idosos, a dependência aumenta com a idade, é mais notória nas mulheres, está associada a poucos anos de escolaridade, baixos rendimentos e com as condições médicas. Foi no entanto demonstrado que, cidades do sul da América (Santiago, São Paulo e Buenos Aires), reportaram mais dependência nas atividades básicas de vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária enquanto que, no Caribe, Bridgetown, e Montevideo, relataram menos dificuldades na realização das atividades básicas e instrumentais. De realçar o facto de, em todos os inquiridos, as atividades com maior nível de dependência foi o deambular, as transferências e o banho sendo o alimentar-se a que revelou menor dependência.

Sudré, Reiners, Nakagawa, Azevedo, Floriano e Morita (2012, p.950-951) num estudo, realizado no Brasil, sobre os fatores de risco associados à prevalência de dependência, foram demonstradas associações significativas entre a dependência com o género ( $p=0,029$ ), a idade ( $p<0,001$ ), estado civil, escolaridade, a situação ocupacional, rendimentos e presença de comorbidades, bem como o modo como percecionavam a sua saúde (estes últimos com  $p<0,05$ ).

Fernandes (2015, p.91), verificou que, 41,9% dos idosos foram classificados no nível “independência”, 29% de idosos classificados no nível “moderada dependência”, 25,2% no nível “muito leve dependência”, 3,9% dos idosos foram classificados no nível “grave dependência” e nenhum idoso foi classificado no nível de “dependência total”. Em relação a cada atividade de vida diária, constatou que maioritariamente os idosos apresentaram perda de funcionalidade no banho (27,1%) e no subir e descer escadas (11,6%).

Com o aumento do número de idosos e da esperança média de vida, torna-se pertinente garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas sobretudo felicidade, bem-estar e satisfação com a vida. Mediante o pressuposto, e sendo um dos objetivos deste estudo, os resultados sobre a perceção dos idosos sobre o seu bem-estar subjetivo são seguidamente descritos.

Pelos dados obtidos na componente cognitiva do BES, a satisfação com a vida, verificou-se que em ambas as amostras, os idosos encontram-se satisfeitos com a vida (67,2% dos idosos não institucionalizados e 65,5% dos idosos institucionalizados). No entanto, é importante referir que 33,6% encontra-se insatisfeito. A análise por grupo demonstrou que a satisfação com a vida na amostra dos idosos não institucionalizados é superior à amostra dos institucionalizados (67,2% vs 65,5%). Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por Seixas (2013) onde se verificou que 41,6% da amostra revelou estar

satisfeita com a vida e que a satisfação com a vida no grupo de idosos em contexto domiciliário era superior à do grupo de idosos institucionalizados.

Em relação ao género, constatou-se que a influência do género na satisfação com a vida não se revela significativa apesar de se ter verificado, pelos valores médios, que os homens encontram-se mais satisfeitos com a vida que as mulheres. Estes resultados são corroborados com os do estudo de Rodrigues (2011, p.39) que, apesar dos dados estatísticos não demonstrarem a existência de diferenças estatísticas significativas entre géneros ( $p = 0,698$ ), a média da satisfação foi ligeiramente superior no género masculino. Estes dados reforçam o paradigma de que a satisfação depende de múltiplos fatores e é de carácter bastante individualizado pois é o próprio indivíduo que avalia a sua vida comparando o que queria para si e o que conseguiu conquistar.

No que concerne à componente afetiva do BES, constatou-se que os afetos positivos que os idosos manifestam ter mais frequentemente são, por ordem decrescente de frequência, Atencioso, Atento e Interessado. Por sua vez, nos Afetos Negativos, a maioria manifesta-se nervoso, aflito, agitado, magoado e irritado.

Os resultados revelam que a maioria dos idosos apresenta insuficientes afetos positivos com valor total inferior ao ponto de corte. Verifica-se diferenças estatísticas significativas entre os grupos em relação aos afetos positivos, visto que os idosos institucionalizados revelam ter mais afetos positivos insuficientes e os idosos não institucionalizados mais afetos positivos suficientes. Dados semelhantes foram verificados num estudo realizado por Esteves (2003, p. 95), em que, os afetos positivos evidenciaram ser superiores nos indivíduos não institucionalizados (a viver em habitação própria) face aos institucionalizados. Estes resultados confirmam a importância que, no caso do idoso, a história de vida está associada ao local onde viveu, o que provoca sentimentos que fazem com que o idoso esteja emocionalmente ligado a esse lugar e consequentemente exista uma componente afetiva muito forte (Paúl, 1996 como citado em Esteves, 2003). Quanto aos afetos negativos, 91,4% da amostra total apresenta poucos afetos negativos, não se encontrando diferença estatística significativa entre as amostras. Também Esteves (2003) verificou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados relativamente aos afetos negativos. De acordo com Burns, Anstey e Windsor (2011) o afeto negativo elevado está relacionado com a sintomatologia depressiva e ansiosa, ao passo que, o afeto positivo reduzido está associado apenas à depressão. Em relação ao afeto positivo, níveis baixos correspondem a letargia e a tristeza.

Seguidamente serão discutidos os resultados obtidos que vão de encontro aos objetivos deste estudo, ou seja, irá analisar-se o impacto que as variáveis sociodemográficas, familiares, clínicas e situacionais possam ter sobre o bem-estar subjetivo dos idosos.

Em relação **à idade**, verificou-se que quando aumenta a idade dos idosos diminui o seu bem-estar subjetivo, diminuindo a satisfação com a vida demonstrando-se uma **associação estatisticamente significativa com o BES**. Estes dados vão contra as investigações de Simões et al. (2000), que referem que a idade demonstra correlações baixas entre o BES e os de Argyle (1999) que referem que à medida que a idade aumenta regista-se um pequeno acréscimo no BES. No estudo de Nunes (2009) não foram encontradas diferenças significativas entre a idade e o BES. No entanto, como referenciado no enquadramento teórico, investigações longitudinais, apontaram que só a partir de idades avançadas, acima dos 80 anos, é que se verifica uma tendência para a diminuição da satisfação com a vida (Smith et al., 1999 como citado em Simões et al., 2000). Considerando que a média de idade da nossa amostra foi de 77,73, os nossos resultados justificam-se perante estas investigações. Barros (2006 como citado em Oliveira, Queiroz, & Costa, 2012) encontrou dados semelhantes uma vez que os idosos jovens apresentavam valores de satisfação com a vida e de afetos positivos significativamente superiores aos idosos velhos. Dantas (2015, p.189), na sua tese de doutoramento verificou que a felicidade média tende a diminuir com a idade, sendo a felicidade média do escalão mais de 75 anos inferior comparada com o escalão mais jovem (15-24).

Relativamente ao **género**, os resultados revelaram **associação estatisticamente significativa com o BES** constatando-se que o BES é **mais elevado no género masculino**. Num estudo realizado por Simões (1992 como citado em Simões et al., 2000), revelaram diferenças a favor dos homens. Também segundo Lima (2012, p.155), a prevalência de idosos que se declararam felizes por todo o tempo durante as últimas 4 semanas foi significativamente maior nos homens. Brito (2012) verificou a presença de diferenças significativas entre a variável género e a perceção de Bem-estar subjetivo apresentando os sujeitos do sexo masculino valores mais elevados de Bem-estar/ Felicidade que sujeitos do sexo feminino. Os resultados obtidos por Dantas (2015, p.189), revelaram um efeito estatisticamente significativo dos fatores idade e sexo, bem como, do seu efeito combinado. A felicidade média percecionada foi ligeiramente superior nos homens do que nas mulheres. Já o estudo de Cheng, Li, Leung, & Chan (2011), realizado na população idosa chinesa, revelou que as pessoas mais velhas e do género feminino reportaram melhor bem-estar subjetivo.

Em relação ao **estado civil**, **não se verificou a associação estatisticamente significativa com o BES** apesar dos idosos casados ou a viverem em união de facto possuírem melhor bem-estar. Constatou-se ainda que, os idosos viúvos pontuaram com menor bem-estar subjetivo. Pelos resultados obtidos, pode-se inferir que o **estado civil não exerce influência no bem-estar subjetivo dos idosos.**

Lima (2011), num estudo realizado com o objetivo de compreender a associação entre três fatores demográficos - género, estado civil e nível de educação – e o Bem-estar da população idosa portuguesa, assim como, analisar a consistência das referidas associações noutros países europeus concluiu que, tanto em Portugal como na União Europeia, foram observados valores mais elevados de bem-estar subjetivo e psicológico entre os homens, entre os idosos com companheiro e entre os idosos com mais anos de escolaridade completos.

A análise do Bem-Estar Subjetivo (felicidade e satisfação com a vida) nos idosos acima dos 60 anos de idade, em 12 países europeus, nos anos de 2002 e 2012, realizada no estudo de Lisboa (2015, p. 59), revelou que são os casados que manifestam maior felicidade e satisfação com a vida, seguindo-se, muito próximo de si, os solteiros e os viúvos. Os que denotam menor felicidade e satisfação com a vida são os divorciados/separados.

Quanto às **habilitações literárias** os resultados evidenciaram que os idosos que não sabem ler e escrever (literacia mais baixa) são os que têm peso médio indicativo de mais baixo nível de bem-estar subjetivo, ou seja, quanto mais elevado for o nível de instrução mais elevado é o BES. **A associação entre as habilitações literárias e o BES revelaram-se estatisticamente significativas** podendo-se inferir que **as habilitações literárias predizem o bem-estar subjetivo dos idosos.**

Os nossos resultados são corroborados pelo estudo de Dantas (2015, p.194) uma vez que, constataram uma correlação positiva entre o grau de felicidade declarado e o número de anos de estudo indicando que, a felicidade aumenta com o aumento do número de anos de escolaridade dos portugueses. As várias pesquisas desenvolvidas sobre esta temática demonstram a existência de fracas mas significativas correlações entre a escolaridade e o BES (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Contudo, segundo vários autores, esta relação deriva de outros fatores associados ao maior nível de escolaridade como é o caso do status profissional e os rendimentos auferidos. Segundo Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), a educação pode contribuir para o BES por permitir aos indivíduos fazer progressos em direção aos seus objetivos ou para se adaptar às mudanças do meio envolvente.

Considerando os **rendimentos**, **verificou-se que o valor auferido pelos idosos não tem influência significativa no BES**, o que é compreensível pois a maioria dos idosos referiu

estar satisfeito com os valores que auferia. Estes resultados reiteram alguns estudos que revelam que os altos rendimentos, ou a riqueza, influenciam positivamente o bem-estar subjetivo pelo poder material que possam trazer. Diener e Biswas-Diener (2002) sustentaram que rendimentos mais elevados auxiliavam as avaliações de bem-estar subjetivo no caso de pessoas extremamente pobres. Porém, a partir de um determinado rendimento, não se verificava a correlação entre aumento da riqueza e aumento do bem-estar subjetivo (Diener, 2004 como citado em Passareli & Silva, 2007).

Indo de encontro a um dos objetivos deste estudo, comparar o BES dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, verificou-se uma **associação estatística significativa entre o local de residência e o BES**. Os resultados demonstram que os **idosos que residem em casa própria ou de familiares apresentam valores mais elevados de BES face aos idosos institucionalizados**. São muitos os estudos que mostram que os idosos resistem a ida para um lar, preferindo viver com os seus filhos e netos ou mesmo em sua casa, com as condições económicas organizadas (Correia, 2007). O lar que se tem, a casa onde se habita, favorece um sentimento de identidade, de segurança e de posição, permite um sentimento de valorização e de independência (Mónico, Frazão, Clemente, & Lucas, 2012). A institucionalização do idoso, mesmo que seja por sua iniciativa, é sempre um fator de stress que propicia diversas alterações a nível psicossocial, mesmo que a instituição ofereça uma base segura (Neves, 2012). A dificuldade em aceitar e adaptar-se às novas condições de vida pode levar a sentimentos negativos e à sua insatisfação com a vida. O estudo de Mónico, Frazão, Clemente e Lucas (2012) corrobora os nossos resultados. Estes autores constataram que, para a escala global do BES, as diferenças eram estatisticamente significativas, sendo que os idosos não institucionalizados apresentam uma pontuação média superior aos institucionalizados.

Para o maior Bem-Estar Subjetivo revelado pelos idosos inseridos na comunidade poderão ter contribuído as variáveis sociodemográficas, nomeadamente o estado civil de casado e uma idade menos avançada.

Quanto ao **tempo de institucionalização, constatou-se que não existe uma relação estatística significativa entre este e o BES**. No entanto, verifica-se que com o aumento do tempo de institucionalização aumenta o BES. Os resultados desta associação parecem confirmar que os idosos, após um período de tempo, tendem a adaptar-se ao seu novo contexto de vida. Contrariamente ao exposto, Fonseca (2005 como citado em Magarreiro, 2008), os idosos institucionalizados sentem-se tendencialmente mais sós e insatisfeitos podendo levar à perda de amor-próprio, perda de interesses pelo mundo exterior e conseqüente diminuição de bem-estar.

A **funcionalidade familiar revelou-se preditora do BES** uma vez que existe uma associação estatisticamente significativa entre ambos revelando que os **idosos inseridos em famílias funcionais apresentam melhor bem-estar subjetivo**. A funcionalidade familiar tem sido confirmada, em vários estudos, como uma variável fundamental no desenvolvimento da vida vivida com satisfação. Em consonância com os nossos resultados, o estudo de Seixas (2013, p. 139) revela que os idosos que percebem as suas famílias altamente funcionais são os que apresentam médias mais elevadas de satisfação com a vida, seguindo-se os que tem famílias com moderada disfunção, e por último aqueles que têm famílias com disfunções acentuadas. O apoio familiar constitui uma variável-chave para a satisfação com a vida. Quando os laços familiares são desajustados podem afetar negativamente o bem-estar da pessoa idosa, e, muitas vezes, o de outros membros da família (Qualls, 2000 como citado em Chaves, 2015).

Quanto às variáveis familiares **número de filhos e periodicidade de visitas**, concluiu-se que **não existe influência das mesmas no BES**. Verificou-se que os idosos com três ou mais filhos apresentam valores de BES mais baixos mesmo comparado com os idosos sem filhos. O facto dos idosos sem filhos revelarem menor bem-estar subjetivo não causa surpresa. Alguns estudos revelam que a paternidade é fundamental para uma vida significativa e satisfatória, e que a vida das pessoas sem filhos é mais vazia, menos gratificante, e mais solitária do que a vida como pais (Hansen, 2011). Quanto ao facto dos idosos com três ou mais filhos possuírem menor BES que os restantes grupos causou-nos alguma surpresa. Contudo, estes dados são corroborados por num estudo realizado por Myrskylä e Margolis (2012). Os resultados deste estudo sugeriram que os filhos, em especial os primeiros dois, aumentavam a felicidade mas, com o terceiro filho a felicidade diminuía. Contudo, uma pesquisa recente, ainda não publicada, levada a cabo por Bronwyn Harman, uma professora conferencista na Faculdade de Psicologia e Ciência Social da Universidade Edith Cowan, na Austrália, contraria este estudo. Os resultados revelaram que pais que têm no mínimo três filhos são mais felizes. Para a autora, embora o senso comum diga que ter muitos filhos custe caro e cause stress, quem vive esse tipo de situação parece gostar (Wynne, 2015).

Quanto à **periodicidade das visitas**, destaca-se que os **idosos que não têm visitas são os que apresentam valores mais baixos de BES** e os que recebem visitas diariamente são os que apresentam valores mais elevados. De destacar que, os idosos que recebem visitas anualmente apresentam valores mais elevados de bem-estar subjetivo comparativamente aos que recebem visitas semanais e mensais. Pode-se considerar que os idosos que recebem visitas anualmente são geralmente os que têm filhos e família a viver no estrangeiro. Desta forma, mesmo que as visitas sejam muito pouco frequentes os idosos tendem a aproveitá-las e a considerá-las como o melhor tempo passado.

Os resultados referentes às visitas, demonstraram que quanto maior for o número de visitas mais elevado é o BES, comprovando que a existência de relações interpessoais de apoio tende a resultar em níveis mais elevados de bem-estar, ao passo que, baixos níveis de suporte, aumentam a suscetibilidade dos indivíduos para stress psicológico e doenças físicas (Kirana, Rosen, & Hatzichristou, 2009, como citado em Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012). Chaves (2015) observou que os idosos que recebem mais telefonemas, visitas e que saem mais vezes com os familiares, são idosos mais satisfeitos com a vida e com melhor bem-estar.

Relativamente ao **estado de saúde** percebido pelos idosos apurou-se que os idosos que consideram o seu estado de saúde como bom possuem melhor bem-estar. Constatou-se ainda que à medida que a percepção do estado de saúde decai o bem-estar subjetivo também diminui existindo **uma associação estatisticamente significativa entre a percepção do estado de saúde e o BES**. Perante os resultados pode-se inferir que **a percepção do estado de saúde é preditor do bem-estar subjetivo**. Como recomendam os especialistas da literatura, avaliamos a saúde subjetiva uma vez que é a variável que mais se relaciona com o BES sendo fracas as correlações entre este e a saúde objetiva (Simões et al., 2000).

Os nossos resultados são condizentes com a literatura existente onde é considerado que a saúde é um dos preditores mais eficazes do bem-estar subjetivo (Simões et al., 2000). Dantas (2015, p.214) obteve dados semelhantes ao nosso estudo verificando a existência de uma relação estatística significativa entre sentir felicidade e perceber a saúde como muito boa. Os inquiridos que consideraram a sua saúde como muito boa também perceberam felicidade. Ao contrário, a percepção da saúde como razoável relaciona-se negativamente com sentir felicidade, tal como a percepção de saúde má/muito má.

De facto, a percepção de um bom estado de saúde afeta o Bem-Estar Subjetivo, na medida em que leva as pessoas a sentirem-se bem, a manter as suas atividades, a fazer o que desejam e a manterem-se física e socialmente ativas (Simões et al., 2003;2006 como citado em Mónico et al., 2012).

Em relação ao **nível de independência nas ABVD's** foi demonstrado que **quando aumenta a autonomia dos idosos na realização do seu autocuidado aumenta o seu bem-estar subjetivo**. Através dos resultados, verificou-se que o nível de independência nas ABVD's é responsável por 10.6% da variância da nota do bem-estar, revelando **uma associação estatística altamente significativa. Pode-se inferir que o nível de independência nas ABVD's prediz o bem-estar subjetivo dos idosos**.

Os resultados obtidos foram os esperados. Sem dúvida que a atividade física e a independência nas suas atividades de vida têm uma ligação direta e significativa ao

sentimento de satisfação (Cobo, 2014). Segundo os resultados do estudo do mesmo autor, as pessoas com declínio da sua autonomia revelaram alterações no humor tais como ansiedade, depressão, tristeza ou apatia. O facto de depender de ajuda de terceiros para as suas atividades de vida diárias causa ao idoso um forte impacto negativo promovendo sentimentos de impotência, vulnerabilidade e debilidade podendo resultar numa baixa auto estima e ao isolamento social (Verdugo & Gutiérrez-Bermejo, 1999 como citado em Magarreiro, 2008). No idoso, a autonomia nas suas atividades de vida diária surgem como algo essencial à sobrevivência, para que possa manter-se participativo na gestão do quotidiano, nos cuidados à sua própria saúde e na realização das tarefas domésticas (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012).

No entanto, os resultados do estudo de Magarreiro (2008, p. 42) revelaram que tanto as idosas dependentes como as idosas independentes revelam níveis médios de satisfação com a vida (componente cognitiva) e níveis francamente baixos quer de afetividade positiva quer de afetividade negativa, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de idosos relativamente ao BES.

Neste sentido, e atendendo aos resultados, a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação direcionados às pessoas em processos de transição do próprio desenvolvimento, como o envelhecimento e as suas consequências, é essencial para “a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (Regulamento nº 350/2015, p. 16656).

Após esta discussão dos resultados, importa salientar que, como foi referido no enquadramento teórico, a personalidade é um dos mais fortes e consistentes preditores do BES. Cada indivíduo possui diferentes traços de personalidade e por isso, diferentes formas de reagir, de perceber a vida. Assim, os dados obtidos tiveram influência, embora indiretamente, dos fatores personológicos.

## 7 – CONCLUSÕES

O envelhecimento demográfico, que se tem feito sentir na sociedade portuguesa atual, está a adquirir proporções preocupantes. Em Portugal, o crescente número de pessoas com mais de 65 anos e, com mais de 80 anos, a baixa taxa de natalidade, o elevado índice de dependência, está a provocar uma alteração no perfil etário como nunca se observou. Esta alteração de demografia é, para muitos, uma ameaça ao futuro da sociedade uma vez que acarreta consequências a nível social, cultural e epistemológico causando implicações em vários setores como economia e saúde. Na economia, pelo risco de insustentabilidade dos sistemas financeiros, pela diminuição do número de população ativa, pela diminuição da produtividade, pela fraca inovação tecnológica e diminuição do espírito empreendedor e na saúde, pelo aumento do número de despesas e, pelo aumento da dependência que, conseqüentemente eleva a taxa de abandono dos idosos pelas famílias.

Na tentativa de colmatar as necessidades da população envelhecida, nos últimos anos, tem-se assistido ao desenvolvimento de projetos, leis de proteção, oportunidades, melhorias a nível de equipamento e respostas sociais com vista a proporcionar à pessoa idosa bem-estar e qualidade de vida.

A existência de cada vez mais Instituições para “a terceira idade” é uma das respostas sociais que se tem desenvolvido. Contudo, apesar de darem resposta às necessidades dos idosos que, devido às suas limitações, perda de autonomia, solidão ou isolamento necessitam de apoio ou cuidados, deve-se, sempre que possível, proporcionar aos idosos a sua permanência no seu próprio ambiente, refugiados pelos laços familiares o maior tempo possível. Para tal, é imprescindível a existência de outro tipo de resposta social que proporcione apoio e acompanhamento tanto à pessoa idosa como aos seus familiares.

Enriquecer a última etapa de vida, atenuando as alterações decorrentes do processo de envelhecimento quer normais quer patológicas, promovendo a adaptação à nova condição de vida permite um envelhecimento bem-sucedido, uma satisfação com a vida e um aumento de afetos positivos. No decurso desta investigação, procurámos alargar os conhecimentos subjacentes a esta temática de forma a compreender os fatores que influenciam ou determinam o bem-estar subjetivo do idoso.

A população estudada é majoritariamente do gênero feminino (60,3%), com uma média de idades de 73,95 anos para os idosos não institucionalizados e 81,52 para os idosos institucionalizados.

Em relação à caracterização dos idosos a residirem na sua própria casa ou na de familiares verificou-se que são majoritariamente casados ou a viver em união de facto (62,1%), possuem a (4ª Classe), com 77,6%, estão reformados limite de idade (74,1%), auferem 250 a 500 euros por mês (63,8%), 50% encontram-se satisfeitos com o valor da reforma e 50% encontram-se insatisfeitos, residem com o cônjuge (77,3%), possuem um a dois filhos (55,2%) residindo os mesmos na mesma localidade, recebem majoritariamente visitas dos filhos e de parentes próximos semanalmente, inserem-se em famílias altamente funcionais, consideram o seu estado de saúde razoável e são majoritariamente independentes nos autocuidados.

Por sua vez, os idosos institucionalizados são majoritariamente viúvos (55,1%), têm como habilitações literárias o 1º ciclo (65,5%), estão também reformados por limite de idade (58,6%) seguido dos reformados por invalidez (36,2%), recebem cerca de 250 a 500 euros por mês (64,3%) encontrando-se satisfeitos com o valor que auferem (76,8%). Relativamente ao motivo da institucionalização, 43,1% referem ter tomado a iniciativa de internamento e 34,5% referem ter sido institucionalizados por iniciativa de familiares com uma média de internamento na instituição de 3,87 anos. Majoritariamente não têm filhos (37,9%) sendo que 32,8% que possuem um a dois filhos referem que estes residem longe do local da Instituição (47,2% residem no mesmo país e apenas 11,1% reside na mesma localidade). Recebem visitas de filhos, parentes próximos e de amigos semanalmente e consideram que estão inseridos em famílias altamente funcionais. Quanto ao estado de saúde a maioria da amostra considera o seu estado de saúde como mau e encontram-se ligeiramente a moderadamente dependentes nas suas atividades de vida diárias.

Em relação às componentes do Bem-Estar Subjetivo, a reflexão de índole prática permitiu-nos constatar que, à semelhança de outros estudos que avaliaram o bem-estar subjetivo de pessoas idosas, a maioria dos idosos da nossa amostra global encontram-se satisfeitos com a vida (66,4%), não existindo diferença estatística significativa entre a amostra dos idosos que residem em sua casa ou de familiares e os idosos institucionalizados, indicando um bem-estar subjetivo cognitivo positivo. Por sua vez, a avaliação da componente afetiva do bem-estar subjetivo demonstrou que os idosos não institucionalizados apresentam majoritariamente afetos positivos (51,7%) apresentando os idosos institucionalizados afetos positivos insuficientes (72,4%), com significância estatística. Em relação aos afetos negativos verificamos que a maioria da amostra apresenta insuficientes afetos negativos (91,4%), sem significância estatística entre as amostras. Desta forma, podemos concluir que os idosos do nosso estudo apresentam carência de afetos positivos.

Tendo em consideração os objetivos propostos para esta investigação, nos próximos parágrafos, iremos dar ênfase às conclusões obtidas sobre a influência das variáveis independentes no bem-estar subjetivo dos idosos.

Relativamente às variáveis de contexto sociodemográfico concluímos que a idade, o género e as habilitações literárias exercem influência, com significância estatística, no bem-estar subjetivo percecionado pelos idosos. Em relação à idade constatamos que o bem-estar subjetivo diminui com o aumento da idade. Quanto ao género foi verificado que os homens percecionam um melhor bem-estar subjetivo que as mulheres. No que respeita às habilitações literárias apuramos que à medida que o nível de escolaridade aumenta, a perceção do BES aumenta.

Relativamente às restantes variáveis, estado civil e situação financeira, não foi revelada a influência sobre o bem-estar subjetivo dos idosos.

Considerando as variáveis situacionais, foi revelado que os idosos que residem em casa própria ou de familiares percecionam níveis mais elevados de bem-estar subjetivo que os idosos institucionalizados. Em relação ao tempo de institucionalização, não foi demonstrado a sua influência no BES.

Quanto às variáveis de contexto familiar, funcionalidade familiar, número de filhos e periodicidade de visitas, concluímos que apenas a funcionalidade familiar se revela preditora do bem-estar subjetivo dos idosos sendo que quanto maior é a perceção da funcionalidade familiar maiores são os níveis de bem-estar subjetivo.

Relativamente às variáveis de contexto clínico, concluímos que a perceção do estado de saúde e o nível de independência nas ABVD's determinam o bem-estar subjetivo percecionado pelos idosos. De realçar que, quanto melhor é a perceção do estado de saúde melhor perceção de BES assim como, quanto maior o nível de independência nas ABVD's melhores níveis de BES.

Após estas conclusões é importante considerar que, como em qualquer outro estudo científico, existem fatores que condicionam ou limitam o processo de investigação. Desta forma, torna-se pertinente refletir sobre algumas limitações que, de certa forma, possam ter interferido nos resultados obtidos.

Apesar de, após pesquisa exaustiva, se ter efetuado um instrumento de colheita de dados o mais completo possível, não foi de todo exequível abordar todas as variáveis que poderiam influenciar o bem-estar subjetivo da pessoa idosa, correndo o risco de este instrumento se tornar demasiadamente extenso. Considerando a sua faixa etária e as suas limitações, o instrumento de colheita de dados despenderia de mais tempo para a aplicação

por cada idoso podendo levar a cansaço e à desistência dos mesmos em responder às questões colocadas. Variáveis como a religião, aspetos de personalidade, atividades de lazer, atividade física são consideradas na literatura como influenciadoras do bem-estar subjetivo. Assim sendo, seria, de todo pertinente, incluí-las numa investigação futura para que, seja possível uma melhor compreensão da temática abordada.

Em relação à amostra, houve o esforço de reunir o maior número de elementos possível. Contudo, existiu a dificuldade em conseguir um número mais elevado de idosos institucionalizados pois, verificou-se uma prevalência de idosos que não reuniam os critérios de inclusão. Ou seja, existe um elevado número de idosos institucionalizados acamados e com patologias neurológicas que os impediu de responder ao formulário.

Devido à existência de um grande número de idosos na população, a amostra obtida causa limitações na generalização dos dados. No entanto, apesar dos constrangimentos referidos, procurou-se ao máximo reduzir a possibilidade de enviesamentos dos resultados obtidos.

Terminada esta investigação, julgamos ter respondido à questão de investigação previamente formulada. De certa forma, pensamos que os resultados obtidos com o nosso estudo poderão ter implicações práticas no aumento do bem-estar subjetivo percecionado pelos idosos de forma a conceder a este grupo etário uma melhor saúde e uma longevidade com qualidade. Assim sendo, é nossa pretensão divulgar os dados da nossa investigação junto dos profissionais de saúde, das Instituições e da comunidade em geral para que seja dado a conhecer o bem-estar subjetivo dos idosos e os fatores que o influenciam.

Existem fatores como os sociodemográficos em que não é possível atuar. No entanto existem outros que, através de um planeamento e implementação de projetos direcionados à manutenção da autonomia, à diminuição das limitações, à maximização de potencialidades individuais, à promoção de relações interpessoais, seriam pertinentes para a promoção de uma melhor auto estima e uma melhor satisfação com a vida percecionada pelos idosos, ou seja, promoviam um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Tanto a nível da comunidade como a nível institucional seria importante que, primeiramente, se tomasse consciência da influência do BES na saúde do idoso, visto ser um dos fatores onde se obtém maior impacto.

A promoção da saúde do idoso revela-se fulcral para o atingimento de um bem-estar físico, psicológico e social. Desta forma, a capacitação da pessoa idosa para um controlo da sua saúde, da sua autonomia e da sua independência promove a satisfação das suas necessidades e a sua adaptação ao meio aumentando consequentemente a sua qualidade de vida e a sua perceção de bem-estar.

Nesta perspectiva, a existência de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação revela-se essencial, tanto a nível institucional como a nível comunitário. De acordo com o Regulamento n.º 350/2015 (p. 16657) o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, na procura da permanente excelência no exercício profissional, persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, previne complicações para a saúde dos clientes, ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente, conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde e de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e a participação na sociedade e desenvolve processos de promoção da inclusão social das pessoas com deficiência. A sua ação visa a capacitação do indivíduo, entre outros fatores, com limitação da atividade, maximizando a sua funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades individuais. Para tal, concebe planos de intervenção com o objetivo de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (Regulamento n.º 125/2011, p. 8658).

Considerando que a institucionalização deveria ser uma última alternativa para o idoso, e verificando a preferência dos idosos em permanecer nos seus lares, seria de todo pertinente, e aqui deixo um repto à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o incentivo à criação de um maior número de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI's), sendo prioritário a integração de um enfermeiro de reabilitação na sua equipa, que, tendo como missão a prestação de cuidados de saúde multidisciplinares de proximidade e de qualidade no âmbito domiciliário, proporcionassem aos idosos e suas famílias em situações de dependência, limitação ou incapacidade, o apoio necessário de forma global e personalizada.

Seria, também, de todo importante estabelecer parcerias com as entidades locais (Câmara Municipal, Juntas de Freguesias, Associações Culturais, entre outras) para o desenvolvimento de projetos de apoio financeiro quer para a aquisição de ajudas técnicas como para remodelações nos domicílios dos idosos visto que, pela minha experiência profissional, maioria dos idosos possui, em suas casas, barreiras arquitetónicas que limitam a sua autonomia. Mais uma vez, denota-se a importância da existência de enfermeiro de reabilitação na comunidade visto ser o profissional qualificado para a deteção destas barreiras fornecendo soluções ou estratégias que as solucionem ou as minimizem.

A implementação de programas e projetos direcionados para a prática de atividade física, atividades de lazer e ocupação de tempos livres, tanto nas instituições como a nível da

comunidade, seriam uma mais-valia pois, para além de proporcionarem uma melhor condição física, promoviam as relações interpessoais, a manutenção de capacidades e a diminuição das limitações. Especificamente, poderiam ser desenvolvidas (fundamentalmente por enfermeiros de reabilitação):

- Atividades intergeracionais;
- Jogos tradicionais, pois promovem a atividade física;
- Atividades informais, como por exemplo, passeios com acompanhamento dos familiares;
- Exercícios e/ou jogos direcionados para a estimulação cognitiva (Jogos de orientação, de retenção de memória, de atenção e cálculo, de habilidade construtiva) pois, a estimulação cognitiva ou reabilitação cognitiva influencia o desempenho cognitivo e promove a plasticidade cerebral.

Consideramos que o desconhecimento das intervenções da Enfermagem de Reabilitação por parte da população e mesmo por outros profissionais de saúde restringe a sua atuação. Desta forma, a mais importante ação a desenvolver é dar visibilidade à nossa classe por meio de projetos e ações que demonstrem os conhecimentos e as competências do enfermeiro de reabilitação.

### Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A.S., & Tróccoli, B.T. (2004). Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a08v20n2>
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, 185-199. Acedido em <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227/5842>
- Azeredo, Z. & Matos, E. (1998). *Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar*. Lisboa: Geriatria.
- Barreiro, C.P.S. (2013). *A institucionalização do idoso no concelho Limiano* (Projeto de graduação de licenciatura, Universidade Fernando Pessoa). Acedido em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3903>
- Barroso, V.L. (2006). Orfãos geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Psicologia.com.pt*, 1-13. Acedido em [http://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo\\_licenciatura.php?codigo=TL0091](http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0091)
- Bernardino, A. T. B. (2013). *Depressão e ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). Acedido em <http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2696/1/Tese%20final.pdf>
- Böckerman, P., Johansson, E., & Saarni, S.I. (2012). Institutionalisation and subjective wellbeing for oldage individuals: is life really miserable in care homes?. *Ageing and Society*, 32, 11761192. doi:10.1017/S0144686X1100081X. Acedido em [http://www.petribockerman.fi/bockerman%26johansson\\_ins\\_2012.pdf](http://www.petribockerman.fi/bockerman%26johansson_ins_2012.pdf)
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it?. *BMJ*, 331, 1548-155. doi:10.1136/bmj.331.7531.1548. Acedido em <http://discovery.ucl.ac.uk/1559/1/1548.pdf>

- Brito, F.M.R. (2012). *Personalidade, bem-estar subjetivo e religiosidade na velhice* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). Acedido em <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2684/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Burns, R.A., Anstey, K.J., & Windsor, T.D. (2011). Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*, 240 – 248. Acedido em <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=3c8f6535-436e-4da0-b9b5-a2f777eab6da%40sessionmgr4004&hid=4202>
- Catarino, D.N.E. (2011). *Percepção e satisfação com o bem-estar e a qualidade de vida em idosos do sexo masculino* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20022>
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, *40*, 161- 184. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf>
- Carrilho, M.J., & Craveiro, M.L. (2015). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de estudos demográficos*, *54*, 57-107. Acedido em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_boui=228356186&ESTUDOSmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=228356186&ESTUDOSmodo=2)
- Chaves, M. G. D. (2015). *Bem-estar subjetivo e percepção de suporte familiar em idosos institucionalizados* (Dissertação de mestrado, Universidade de Évora). Acedido em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/14539/1/Bem-estar%20subjetivo%20e%20perce%C3%A7%C3%A3o%20de%20suporte%20familiar%20em%20idosos%20institucionalizados.pdf>
- Cheng, S.T., Li, K.K., Leung, E.M.F., & Chan, A.C.M. (2011). Social exchanges and subjective well-being: do sources of positive and negative exchanges matter?. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *66*(6), 708–718, doi:10.1093/geronb/gbr061. Acedido em <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/66B/6/708.long>
- Cobo, C.M.S. (2014). The influence of institutionalization on the perception of autonomy and quality of life in old people. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *48*(6), 1013-1019. DOI: 10.1590/S0080-623420140000700008. Acedido em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt\\_0080-6234-reeusp-48-06-1013.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1013.pdf)
- Correia, P.S.S. (2007). Velhos são os trapos, Mito ou realidade?. *Psicologia.com.pt*, 1-17. Acedido em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0340.pdf>

- Costa, A.B.O. (2013). *Bem-estar subjetivo: Validação das escalas PANAS e SWLS a uma amostra de idosos portugueses institucionalizados* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga). Acedido em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/318>
- Dantas, A.N.A.M.R. (2015). *A felicidade enquanto recurso emocional socialmente desigual: para uma abordagem sociológica do sentir* (Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa). Acedido em <https://run.unl.pt/handle/10362/15119>
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. Acedido em [http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener\\_1984.pdf](http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener_1984.pdf)
- 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. Acedido em [http://stat.psych.uiuc.edu/~ediener/Documents/Diener-Suh-Lucas-Smith\\_1999.pdf](http://stat.psych.uiuc.edu/~ediener/Documents/Diener-Suh-Lucas-Smith_1999.pdf)
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychological Association*, 55(1), 34-43. DOI: 10.1037//0003-066X.55.1.34. Acedido em <http://mina.education.ucsb.edu/janeconoley/ed197/documents/Dienersubjectivewell-being.pdf>
- Diener, E. (2009). *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*. (1ª ed.). Springer Netherlands. Acedido em <http://www.springer.com/us/book/9789048123537>
- Diener, E., & Chan, M.Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being contributes to Health and Longevity. *APPLIED PSYCHOLOGY: HEALTH AND WELL-BEING*, 3(1), 1–43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x. Acedido em [http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Chan\\_2011.pdf](http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Chan_2011.pdf)
- Duarte, P.C.S. (2013). *Bem-estar subjetivo, locus de controlo e autoestima em adultos* (Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa). Acedido em <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/5013>
- Eddington, N., & Shuman, R. (2005). Subjective well-being (happiness). *Continuing Psychology Education*, 1-18. Acedido em <http://www.texcpe.com/html/pdf/ca/ca-happiness.pdf>
- Faustino, C.M.R. (2014). *Bem-estar subjetivo e o ajustamento emocional no idoso* (Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias). Acedido em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6347/tese%20final%20cl%C3%A1udia%20faustino.pdf?sequence=1>

- Fernandes, M.C.J. (2011). *Relação entre o Bem-estar subjetivo, saúde física e mental do idoso sob resposta social* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga).  
Acedido em [http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/130/1/Tese\\_Manuela%20Fenandes.pdf](http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/130/1/Tese_Manuela%20Fenandes.pdf)
- Fernandes, A.F.R. (2014). *A auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/15403/1/ulfpie046663\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/15403/1/ulfpie046663_tm.pdf)
- Fernandes, C.N. (2015). *Funcionalidade, aptidão física e qualidade de vida do idoso da região Minho-Lima: Contributos para a Enfermagem de Reabilitação* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1420/1/Carla\\_Fernandes.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1420/1/Carla_Fernandes.pdf)
- Ferreira, O.G.L., Maciel, S.C., Silva, A.O., Sá, R.C.N., & Moreira, M.A.S.P. (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*, 15(3), 357-364. Acedido em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036083009>
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A.M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processo de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (p.95-106). Lisboa: Lidel.
- França, S.M.R. (2011). *Terapia por Eye Movement Dessensitization and Reprocessing e possível impacto nos níveis de Bem-Estar Subjetivo: Um Estudo de Caso* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em [http://oficinadepsicologia.com/PDF/terapia\\_emdr\\_bem\\_estar\\_subjetivo\\_ptsd.pdf](http://oficinadepsicologia.com/PDF/terapia_emdr_bem_estar_subjetivo_ptsd.pdf)
- Fries, A.T., & Pereira, D.C. (2011). Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto Saúde*, 10 (20), 507-514. Acedido em <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/1571/1324>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>
- Galinha, I. C. (2008). *Bem estar subjetivo: Factores cognitivos, afetivos e contextuais*. (1ª Ed.). Coimbra: Quarteto.

- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(1), 34–53. doi:10.5502/ijw.v2i1.3. Acedido em <http://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/viewFile/59/181>
- Giacomoni, C.H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12(1), 43– 50. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v12n1/v12n1a05.pdf>
- Lakatos, M. A. & Marconi, E. M. (1996). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. (3ª ed.). São Paulo: Atlas
- Lima, M.G. (2012). *Qualidade de vida em saúde e bem-estar subjetivo em idosos: um estudo de base populacional* (Tese de doutoramento, Universidade Estadual de Campinas). Acedido em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000863373>
- Lisboa, A.S. (2015). *Felicidade e Satisfação com a Vida entre os idosos Europeus: contributos para uma Sociologia do Bem-Estar Subjetivo* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Letras da Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82417/2/132007.pdf>
- Lopes, D.M.S. (2012). *Solidão e Bem-estar Subjetivo na Terceira Idade: Estudo comparativo de idosos institucionalizados e não institucionalizados* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/22479/1/Daniela.pdf>
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S.G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly: A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31–38. doi: 10.1093/ageing/afp202. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19934075>
- Machado, W.L., & Bandeira, D.R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 587-595. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n4/v29n4a13.pdf>
- Magarreiro, A.I.T. (2008). *O bem-estar subjetivo em idosas institucionalizadas: a influência da autonomia funcional e do meio ecológico* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3083/1/ulfp037660\\_tm\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3083/1/ulfp037660_tm_tese.pdf)

- Mailloux-Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In Louise Berger, M.Éd., & Danielle Mailloux-Poirier, M.Sc.Inf. *Pessoas Idosas: Uma abordagem Global* (pp. 99-105). Lisboa: Lusodidacta
- Marinho L.M., Vieira M.A., Costa S.M., & Andrade J.M.O. (2013). Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(1), 104-110. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100013)
- Martins, C. M. (2011). *Bem-estar subjetivo em doentes cardíacos: fatores determinantes* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1525/1/MARTINS,%20Cristina%20Maria%200Costa%20Moreira,Bem%20estar%20subjetivo%20em%20doentes%20card%C3%ADacos.pdf>
- Martins, M.I.F. (2012). O envelhecimento e a capacidade funcional dos idosos (Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve). Acedido em <http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/3131>
- Martins, R., & Mestre, M. (2014). Esperança e qualidade de vida em idosos. *Millenium*, 47, 153-162. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/13.pdf>
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. (6ª ed.). Pêro Pinheiro: Report number.
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, 11(3), 439-453. Acedido em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3734/2616>
- Myrskylä, M., & Margolis, R. (2012, February). *Happiness: Before and After the Kids*. Acedido em <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2012-013.pdf>
- Mónico, L.S.M, Frazão, A.A., Clemente, D.F.F, & Lucas, H.M.O. (2012). Subjective well-being of elderly in social responses seniors home and home support servisse. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 33-42. Acedido em [http://infad.eu/RevistaINFAD/wp-content/uploads/2013/03/INFAD\\_020124\\_33-42.pdf](http://infad.eu/RevistaINFAD/wp-content/uploads/2013/03/INFAD_020124_33-42.pdf)
- Monteiro, C., Dias, C., Corte-Real, N., & Fonseca, A.M. (2014). Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: um estudo com idosos. *RPCD* 14(1), 57-76. Acedido em <https://simposiogerontologiapsicosoma.files.wordpress.com/2015/10/atividade-fc3adsica-bem-estar-subjetivo-e-felicidade.pdf>

- Neto, M.J., & Corte-Real, J. (2011). *A pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social*.  
Acedido em  
<http://www.spqq.com.pt/UserFiles/file/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf>
- Neto, J.T. M., Lima, C.A.G., Gomes, M.C.S., Santos, M.C.D., & Tolentino F.M. (2012). Bem estar subjetivo em idosos praticantes de atividade física. *Motricidade* 8(2), 1097-1104.  
Acedido em <http://www.redalyc.org/pdf/2730/273023568140.pdf>
- Neto, C.I.M. (2014). *Qualidade de vida e atitudes dos idosos face à velhice* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga). Acedido em  
<http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/480>
- Neves, H.M.F. (2012). *Causas e consequências da institucionalização de idosos* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). Acedido em  
[www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=964e6cee8a4d2466](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=964e6cee8a4d2466)
- Nunes, L.N.V. (2009). *Promoção do Bem-estar subjetivo dos idosos através da Intergeracionalidade* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em  
<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11787/1/Tese%20Lisa%20Nunes.pdf>
- Nunes, I.D. (2010). *O Papel Moderador do Capital Psicológico na Relação entre o Clima Psicológico e o Bem-estar Subjectivo* (Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). Acedido em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/3966?mode=simple>
- Oliveira, C.M. (2014). *A identidade do idoso no processo de institucionalização: estudo exploratório* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto).  
Acedido em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6630>
- Oliveira, G.A.M., Witter, C., & Limongelli, A.M.A. (2013). Definições de envelhecimento saudável, bem-sucedido ou ativo. *Integração*, 19(65), 61-65. Acedido em  
<http://docplayer.com.br/11503745-Definicoes-de-envelhecimento-saudavel-bem-sucedido-ou-ativo.html>
- Oliveira, S.F., Queiroz, M.I.N., & Costa, M.L.A (2012). Bem-estar subjetivo na terceira idade. *Motricidade*, 8(2), 1038-1047. Acedido em  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273023568131>
- Ornelas, A.M., & Vilar, D. (2011). O processo de institucionalização da pessoa idosa: a influência de fatores pessoais e da rede social. *Lusíada*, 37(1º semestre), 125-144. Acedido em  
<http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1484/1600>
- Passareli, P.M., & Silva, J.A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 513-517. Acedido em  
<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a10.pdf>

- Paula, M.G.M., Frota, R. I. B., Rocha, A.M., Matos, C.R.O., & Tolentino, G.P. (2010). Associação entre o bem-estar subjetivo e nível de atividade física em idosos institucionalizados. *Revista Mineira de Educação Física*, 5(Ed. Especial), 105-114. Acedido em <http://www.revistamineiradeefi.ufv.br/artigos/arquivos/d9ef8b4205d765f25815dd43139d0228.pdf>
- Peres, M.O. (2014). *Os idosos institucionalizados: Estudo de Algumas Variáveis* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco). Acedido em <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2707/1/OS%20IDOSOS%20INSTITUCIONALIZADOS%20Estudo%20de%20Algumas%20Vari%C3%A1veis.pdf>
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Pimentel, A.F.C. (2014). *Influência da saúde funcional subjetiva no envelhecimento bem-sucedido em idosos institucionalizados e comunitários* (Dissertação de doutoramento, Universidade de Évora). Acedido em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/11332/1/TESE%20Influ%C3%Aancia%20da%20Sa%C3%BAde%20Funcional%20Subjetiva%20no%20Envelhecimento%20Bem-sucedido.pdf>
- Porto, C.S.M. (2012). *Bem-estar subjetivo e seus determinantes: a realidade portuguesa e de alguns países da união europeia nos anos 2000* (Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). Acedido em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/7910>
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011: Resultados Provisórios*. Lisboa. Acedido em [http://censos.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=131010986&att\\_display=n&att\\_download=y](http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=131010986&att_display=n&att_download=y)
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2015, julho 10). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaques*, 1-8. Acedido em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2)
- Ramos, C.R.F. (2015). *Atividade Física e Bem-estar Subjetivo nos Idosos* (Projeto de Investigação, Instituto Politécnico de Santarém). Acedido em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1306/1/Projeto%20de%20Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Cristina%20Ramos.pdf>

- Regulamento nº 350/2015. (2015, Junho 22). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2(119),16655-16660. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPa dQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPa dQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)
- Regulamento n.º 125/2011. (2011, Fevereiro 18). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2(35),8658-8659. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento201 25\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento201 25_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf)
- Reyes-Ortiz, C.A., Ostir, G.V., Pelaez, M., & Ottenbacher, K.J. (2006). Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42, 21–33. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16126289>
- Rodrigues,S.I. (2011). *A Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Coimbra. Acedido em <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/128/1/Tese.pdf>
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Santos, A.C.T. (2013). *Análise de projetos pessoais: Adaptação para o contexto brasileiro e sua relação com o bem-estar subjetivo* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23981/1/tese%20Ana%20Carolina%20Santos.pdf>
- Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly?. *International journal of geriatric psychiatry*, 21, 281–287. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16477582>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M.A. (2010). Avaliação do Bem-Estar Subjetivo (BES): Aspectos Conceituais e Metodológicos. *Interamerican Journal of Psychology* 44(3), 442-448. Acedido em <http://www.redalyc.org/pdf/284/28420658005.pdf>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M.A. (2012). A Medida Positiva dos Afetos: Bem-Estar Subjetivo em Pessoas Casadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 11-20. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722012000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000100003)

- Seixas, E. J. C. N. (2013). A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados (Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa).  
Acedido em [http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/861/1/mgs\\_eunice\\_seixas\\_dissertacao.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/861/1/mgs_eunice_seixas_dissertacao.pdf)
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, C.A.G., Martins, B.L., Porto, C.P., Scherer, R.M.P., & Areosa, S.V.C. (2011, Novembro). Institucionalização: relações dos idosos com a família. Comunicação apresentada nas 4ª jornadas de pesquisa em psicologia, Santa Cruz do Sul, Brasil. Acedido em [http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada\\_psicologia/article/view/10212](http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10212)
- Silva, E.C., & Heleno, M.G.V. (2012). Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo de Estudantes Universitários. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(1), 69-76. Acedido em <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/126>
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515
- Simões, A., Ferreira, J.A.G.A, Lima, M.P., Pinheiro, M.R.M.M., Vieira, C.M.C., Matos, A.P.M., & Oliveira, A.L. (2000). O Bem-estar subjetivo: o estado actual dos conhecimentos. *Psicologia Educação e Cultura*, 4(2), 243-279. Acedido em [https://www.researchgate.net/publication/268035177\\_O\\_bem-estar\\_subjectivo\\_estado\\_actual\\_dos\\_conhecimentos](https://www.researchgate.net/publication/268035177_O_bem-estar_subjectivo_estado_actual_dos_conhecimentos)
- Siqueira, M.M.M, & Padovam, V.A.R. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000200010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000200010&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Sposito, G., Diogo, M.J.E., Cintra, F.A., Neri, A.L., Guariento, M.E., & Sousa, M.L.R. (2010). Relações entre bem-estar subjetivo e mobilidade e independência funcional por função de grupo de faixas etárias e de gêneros em idosos. *Acta Fisiátrica* 17 (3), 103-108. Acedido em [http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=44](http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=44)
- Sudré, M.R.S., Reiners, A.A.O., Nakagawa, J.T.T., Azevedo, R.C.S., Floriano, L.A., & Morita, L.H.M. (2012). Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(6), 947-53. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a19.pdf>

- Teixeira, I.N.A.O., & Neri, A.L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642008000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000100010)
- United Nations. (2013). *World Population Ageing: 2013*. New York: UN. Acedido em <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ageing/WorldPopulationAgeingReport2013.shtml>
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development: the contribution of generativity in older age. *Ageing and Society*, 32(7), 1087-1105. DOI: 10.1017/S0144686X11000973. Acedido em <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/44303/1/614149.pdf>
- Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C.S. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico*, 43(3), 280-288. Acedido em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8263>
- Wyne, E. (2015, August 17). *Bigger is better. Parents with four or more children happiest despite chaos, research finds*. Acedido em <http://www.abc.net.au/news/2015-08-17/bigger-is-better-parents-with-more-children-happiest/6703358>
- Zacher, H., Chan, F., Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2015). Selection, optimization, and compensation strategies: Interactive effects on daily work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 87, 101–107. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001879114001626>
- Zenhas, F.P. (2012). *Felicidade Hedónica e Eudaimónica: um estudo com adolescentes* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho). Acedido em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21216/1/Filipa%20Peixoto%20Zenhas.pdf>



## APÊNDICES

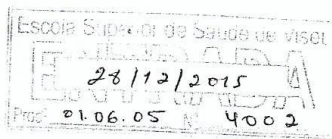


**Apêndice I – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados**





Lar Santa Isabel



Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua Don João Crisóstomo Gomes  
de Almeida, n.º 102  
3500-843 Viseu

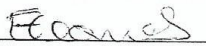
Nossa Referência: Of. N.º 16/2015

Cetos, 18 de Dezembro de 2015

**Assunto:** Autorização para efetuar colheita de dados.

Em resposta ao Vosso ofício ESSV 0947 01-DEC-15, vimos conceder a autorização para a recolha de dados/informação nos meses de dezembro de 2015 a janeiro de 2016, à estudante Marisa Filipa Afonso Ferreira.

A Diretora Técnica

  
(Elisabete Gomes)



## **Apêndice II – Instrumento de Colheita de Dados**





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

---



Unidade Científico Pedagógica: Relatório Final

Investigador Principal: Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

Investigador Colaborador: Marisa Filipa Afonso Ferreira

Curso: Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

---

**DETERMINANTES DO BEM-ESTAR SUBJETIVO NA PESSOA IDOSA****INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS****NOTA DE ESCLARECIMENTO**

Caro(a) Senhor(a),

Chamo-me Marisa Filipa Afonso Ferreira, sou aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu e encontro-me a desenvolver, sob a orientação do Professor Doutor Carlos Albuquerque, a minha Dissertação de Mestrado a qual pretende conhecer o Bem-estar subjetivo dos idosos institucionalizados e não institucionalizados do concelho de Castro Daire, bem como os fatores que o influenciam.

Desta forma, venho por este meio solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste formulário.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, **não existem respostas certas ou erradas**. É importante responder a todas as questões de acordo com a sua opinião.

**As respostas são totalmente anónimas** e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua confidencialidade sendo o mais importante a sua participação neste estudo.

Atenciosamente,

---

Marisa Ferreira

## SECÇÃO I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade \_\_\_\_\_ anos
2. Género:
  - Masculino
  - Feminino
3. Estado Civil:
  - Solteiro
  - Casado/União de facto
  - Divorciado/Separado
  - Viúvo
4. Habilitações literárias:
  - Não sabe ler e escrever
  - 1º Ciclo (4ª classe)
  - 2º Ciclo (9º ano)
  - Ensino secundário
  - Curso médio
  - Cuso superior
5. Tipo de reforma:
  - Limite de Idade
  - Pensão Social
  - Pensão do cônjuge
  - Invalidez
6. Situação financeira:
  - Até 250 euros mensais líquidos
  - De 250 euros a 500 euros mensais líquidos
  - De 500 euros a 1000 euros mensais líquidos
  - Mais de 1000 euros mensais líquidos
7. Satisfação com o valor da reforma:
  - Sim
  - Não

## SECÇÃO II - CARACTERIZAÇÃO SITUACIONAL

8. Local de residência:
  - Casa própria/casa de familiares
  - Institucionalizado
- 8.1 Se se encontra institucionalizado, a iniciativa de internamento foi:
  - Iniciativa Própria
  - Iniciativa de familiares
  - Iniciativa de amigos
  - Iniciativa de Técnico de Ação Social
- 8.1.1 Tempo de internamento: \_\_\_\_\_ Anos
- 8.2 Se não se encontra institucionalizado, com quem vive habitualmente:
  - Cônjuge/companheiro(a)
  - Amigos/Vizinhos
  - Filho (a)
  - Sozinho (a)
  - Irmão/Irmã
  - Outr
9. Convive com crianças regularmente:
  - Sim
  - Não
10. Que importância atribui ao contacto com crianças:
  - Muita
  - Bastante
  - Nem muita/Nem pouca
  - Pouca
  - Muito Pouca

### SECÇÃO III - CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

11. Número de filhos: \_\_\_\_\_

12. Onde residem os filhos:

- Na mesma localidade  
 No mesmo distrito

- No mesmo País  
 Estrangeiro

13. Quem o costuma visitar:

- Filho/Filha  
 Irmão/Irmã  
 Parente próximo

- Amigo  
 Vizinhos  
 Ninguém

14. Qual a periodicidade habitual das suas visitas:

- Diariamente  
 Semanalmente  
 Mensalmente

- Anualmente  
 Nunca

#### ESCALA DE APGAR FAMILIAR (Funcionalidade Familiar)

Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?	Quase sempre	2	<input type="checkbox"/>
	Algumas vezes	1	<input type="checkbox"/>
	Quase nunca	0	<input type="checkbox"/>
Está satisfeito de como a sua família discute os assuntos	Quase sempre	2	<input type="checkbox"/>
	Algumas vezes	1	<input type="checkbox"/>
	Quase nunca	0	<input type="checkbox"/>
Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?	Quase sempre	2	<input type="checkbox"/>
	Algumas vezes	1	<input type="checkbox"/>
	Quase nunca	0	<input type="checkbox"/>
Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?	Quase sempre	2	<input type="checkbox"/>
	Algumas vezes	1	<input type="checkbox"/>
	Quase nunca	0	<input type="checkbox"/>
Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família?	Quase sempre	2	<input type="checkbox"/>
	Algumas vezes	1	<input type="checkbox"/>
	Quase nunca	0	<input type="checkbox"/>

### SECÇÃO IV - CONTEXTO CLÍNICO FUNCIONAL

15. Como considera o seu estado de saúde atualmente:

- Muito bom  
 Bom  
 Razoável  
 Mau  
 Péssimo

16. É portador de alguma patologia?  Sim  Não . Se sim , qual(ais): \_\_\_\_\_

**17. Já realizou ou realiza algum programa /plano de reabilitação?**

- Sim  
 Não

**17.1 Se sim, sentiu que a participação no programa de Reabilitação foi benéfica para a sua saúde?**

- Sim  
 Não

**18. Avaliação do Nível de Independência nas ABVD's****ÍNDICE DE BARTHEL**

		Pontuação Parcelar
<b>Higiene Pessoal</b>	0 = Precisa de ajuda no cuidado pessoal	
	5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
<b>Evacuar</b>	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	
	5 = Acidentes Ocasionais (uma vez por semana)	
	10 = Contínente	
<b>Urinar</b>	0 = Incontinente ou algaliado	
	5 = Acidentes ocasionais (máximo uma vez em 24 horas)	
	10 = Contínente (por mais de 7 dias)	
<b>Ir à casa de banho</b> (uso do sanitário)	0 = Dependente	
	5 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	
	10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
<b>Alimentar-se</b>	0 = Incapaz	
	5 = Precisa de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	
	10 = Independente (a comida é providenciada)	
<b>Transferências</b> (cadeira/cama)	0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se	
	5 = Grande ajuda (uma ou das pessoas) física, consegue sentar-se	
	10 = Pequena ajuda (verbal ou física)	
	15 = Independente (não necessita de qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
<b>Mobilidade</b> (deambulação)	0 = Imobilizado	
	5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, tec)	
	10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	
	15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar de marcha, ex: bengala)	
<b>Vestir-se</b>	0 = Dependente	
	5 = Precisa de ajuda mas faz cerca de metade sem ajuda	
	10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
<b>Escadas</b>	0 = Incapaz	
	5 = Precisa de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	
	10 = Independente (subir/descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos auxiliares ex: bengala)	
<b>Banho</b>	0 = Dependente	
	5 = Independente (lava-se no chuveiro/banho de emersão/usa esponja em todo o corpo sem ajuda)	
<b>SCORE TOTAL</b>		

## SECÇÃO V – BEM-ESTAR SUBJECTIVO

### 18. Avaliação da Satisfação com a vida

<b>SLWS – Satisfaction With Life Scale ESCALA DA SATISFAÇÃO COM A VIDA</b>					
	Discordo Muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
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"/>
As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>

### 19. Avaliação dos Afetos Positivos e Negativos

<b>PANAS – Positive and Negative Affect Schedule</b>					
	Muito pouco ou nada	Um pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo
Interessado (a)					
Aflito (a)					
Estimulado (animado)					
Aborrecido (a)					
Forte					
Culpado (a)					
Assustado (a)					
Hostil (inimigo)					
Entusiasmado (arreatado)					
Orgulhoso (a)					
Irritável					
Atento (a)					
Envergonhado (a)					
Inspirado (a)					
Nervoso (a)					
Decidido (a)					
Atencioso (a)					
Agitado (inquieto)					
Ativo (mexido)					
Medroso (a)					
Emocionado (a)					
Magoado (a)					

**O preenchimento do formulário terminou.  
Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.**



### **Apêndice III – Consentimento informado**





**Instituto Politécnico de Viseu**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E  
INVESTIGAÇÃO  
**Unidade Científico Pedagógico – Enfermagem de Reabilitação**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.**

**Caro Senhor(a)**

No âmbito do 4º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo com o tema – “Determinantes do Bem-estar subjetivo na Pessoa Idosa” e cujo objetivo principal é analisar os o modo como determinados fatores influenciam a perceção do bem-estar subjetivo em idosos não institucionalizados e institucionalizados.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

**Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados**, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

\_\_\_\_\_ (localidade), Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Se não for o próprio a assinar:**

Nome: \_\_\_\_\_ BI/CD

n.º: \_\_\_\_\_, data/validade \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador \_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_