



**UNIVERSIDADE DOS AÇORES**

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**CARMEN DA SILVA PEREIRA**

**ENVELHECIMENTO E BEM-ESTAR  
PSICOLÓGICO EM ADULTOS EM IDADE  
AVANÇADA RESIDENTES EM LAR:  
UM ESTUDO NAS ILHAS DAS FLORES E CORVO**

**Dissertação apresentada na Universidade dos Açores para obtenção do grau de  
Mestre em Educação, Especialidade Comunitária**

**Orientação: Maria Teresa Pires de Medeiros**

Ponta Delgada, 2012

## Resumo

O estudo, assente numa amostra de adultos em idade avançada (N=36), com idades compreendidas entre os 66 e os 95 anos, tem como propósito conhecer o bem-estar e a satisfação com a vida das pessoas idosas institucionalizadas nos lares das Ilhas do Grupo Ocidental do Arquipélago dos Açores, respetivamente nas ilhas das Flores e Corvo.

Com base nos estudos internacionais e nacionais sobre as variáveis em estudo, essencialmente correlacionais, partimos das seguintes questões de investigação: Será que o bem-estar psicológico (BEP) depende de variáveis sociodemográficas na amostra em estudo?; Haverá uma relação entre o bem-estar psicológico (BEP), a satisfação com a saúde, a vivência religiosa (pessoa crente ou não), a satisfação com a situação económica, a satisfação com a vida social e a satisfação com a vida afetiva?; Haverá alguma relação entre o bem-estar psicológico (BEP), o otimismo, a autoestima e a extroversão?; Haverá uma relação entre o bem-estar psicológico (BEP) e o tempo de permanência da pessoa idosa na instituição (Lar)?; Haverá uma relação entre bem-estar psicológico (BEP) e as atividades de tempos livres realizadas (número e tipo de atividade) nos lares?.

Delineámos os seguintes objetivos: (i) Caracterizar as pessoas idosas residentes nos lares das Ilhas do Grupo Ocidental do Arquipélago dos Açores ao nível da idade, sexo, concelho de residência anterior, estado civil, profissão, situação familiar, vínculos familiares ou outros, situação de dependência, ligação com o mundo exterior e tempo de permanência na instituição; (ii) Avaliar o bem-estar psicológico (BEP) de pessoas idosas residentes nos lares das Ilhas do Grupo Ocidental (RAA); (iii) Analisar as relações entre o bem-estar psicológico (BEP) e variáveis sociodemográficas, pessoais e contextuais; (iv) Compreender as relações entre o bem-estar e a satisfação com a vida; (v) Propor alguns indicadores para um plano de promoção do bem-estar psicológico às pessoas idosas residentes em Lar.

Como a investigação é essencialmente de natureza quantitativa, o tratamento e a análise dos dados foram realizados através do Programa *Statistical Package for the Social Science* – SPSS (versão 15.0), recorrendo a uma análise estatística não paramétrica.

Os resultados revelam a existência de relações estatisticamente significativas entre algumas dimensões do bem-estar psicológico e: satisfação com a vida, satisfação com a

Carmen Pereira – “Envelhecimento e Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo” (2012)

saúde, satisfação com a vida social, extroversão, otimismo, autoestima, estado civil, a idade, a entrada na instituição e as atividades de tempos livres realizadas.

Finalmente tecem-se implicações para a intervenção psicológica.

**Palavras-chave:** Envelhecimento Ativo, Satisfação com a Vida e Bem-estar Psicológico.

## **Abstract**

Supported by a sample of seniors (N=36) aged between 66 and 95, the study has the purpose of knowing the well-being and degree of satisfaction with life of these citizens institutionalized in the islands of the Western Group of the Azores, Flores and Corvo.

Based upon international and national studies, we started from the following research questions: Is psychological well-being dependent on socio-demographic issues on the sample? Are psychological well-being, health satisfaction, religious living (believers or not), economic satisfaction, social satisfaction and affective satisfaction somehow related? Is there any relation among psychological well-being, optimism, self-esteem and outgoingness? Is there a negative connection between psychological well-being and the amount of time spent at the institution? Is there any relation between psychological well-being and the spare time activities organized by the institutions (according to their type and frequency)?

We set the following purposes: (i) Caraterize elderly people instituonalized in the Western Group of the Azores as to age, gender, previous municipality, marital status, profession, family status, situations of dependency, connections with the outside world and time of permanence at the institutions; (ii) Assess the degree of psychological well-being of senior citizens institutionalized in the islands of the Western Group of the Azores; (iii) Analyze the relation among psychological well-being and socio-demographic, personal and contextual circumstances; (iv) Understand the relation between well-being and satisfaction with life; (v) Suggest some topics for a plan of promotion of psychological well-being of institutionalized elder citizens.

As this investigation is mainly of quantitative nature, we dealt with and analyzed the data using the program *Statistical Package for the Social Science* – SPSS (version 15.0), through a statistic analysis outside the parameters.

The results reveal the existence of statistically significant relationships between some dimensions of psychological well-being and: life satisfaction, satisfaction with health, social life satisfaction, extraversion, optimism, self-esteem, marital status, age, entry into the institution and leisure activities performed.

Finally, implications for an effective psychological intervention are suggested.

**Key-words:** Active aging, Satisfaction with Life and Psychological Well-being.

## **Agradecimentos**

*O saber viver é relativo, o ser feliz é um desafio e o fazer o bem é sabedoria*  
(Carmen Pereira, 2010).

Primeiramente, um agradecimento a todos os clientes das três instituições nas quais recolhi os dados, nomeadamente aos Lares das ilhas das Flores e do Corvo, os quais se disponibilizaram a cooperar de forma tão generosa nesta investigação. Aos três Provedores de cada instituição, à Psicóloga Dr<sup>a</sup> Lara Fraga, às equipas técnicas e funcionários das 3 instituições que me apoiaram neste estudo, pela sua disponibilidade inexcedível.

À Professora Teresa Medeiros um agradecimento muito especial por me ter concedido a oportunidade de realizar este trabalho. Agradeço a disponibilidade, a sabedoria e os ensinamentos transmitidos no processo de orientação científica desta dissertação.

Aos meus pais que amo e dos quais me orgulho, pelo apoio incondicional, incentivo e compreensão prestados ao longo de todo o meu percurso de vida.

A Deus por me amparar nos momentos difíceis, ajudando-me a ser sábia e a manter a calma para superar as dificuldades quando a motivação deu lugar ao desalento.

A todos os meus familiares que, de alguma forma, me apoiaram e incentivaram ao longo do meu percurso académico.

Aos meus dois avós que, embora ausentes, estarão sempre presentes na minha memória e, sobretudo, no meu coração pela sua sabedoria, humildade, esperança e carácter.

Às minhas três afilhadas que, embora não tendo consciência, me deram motivação para poder ser um exemplo a seguir, não só profissional como pessoalmente.

A todos aqueles que não são meus familiares mas, que, por diversos motivos, são considerados como fazendo parte integrante da minha família.

Aos verdadeiros amigos que sempre me apoiaram e sempre me alertaram quando necessário, em especial às minhas seis colegas, amigas e confidentes.

Aos colegas que, ao longo deste meu percurso académico, marcaram a diferença pela humildade, disponibilidade e partilha.

A todas as restantes pessoas que, de alguma forma, contribuíram de forma positiva para a concretização deste meu sonho.

## **Abreviaturas**

OMS - Organização Mundial de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

RAA - Região Autónoma dos Açores

SOC - “Modelo de Selecção, Optimização e Compensação”

BE - Bem-estar

BEO – Bem-estar Objetivo

BES – Bem-estar Subjetivo

BEP - Bem-estar Psicológico

LC - *Locus* de Controlo

CGF - Cinco Grandes Fatores

AP - Aceitação Pessoal

AU - Autonomia

CP - Crescimento Pessoal

DA - Domínio do Ambiente

RP - Relações Positivas com os Outros

SV - Sentido da Vida

## **Índice de Tabelas, Figuras e Gráficos**

**Figura 1** - Mecanismos de seleção, otimização e compensação e envelhecimento bem-sucedido

**Figura 2** - Variáveis envolvidas na determinação do bem-estar subjetivo na velhice

**Tabela 1** - Ano de entrada para a instituição

**Tabela 2** - Profissões dos clientes

**Tabela 3** - Valores médios observados em relação à fonte/ suporte afetivo

**Tabela 4** - Diferenças significativas e não significativas em relação às seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e a variável sexo

**Tabela 5** - Diferenças significativas e não significativas em relação às seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e a variável idade

**Tabela 6** - Diferenças significativas e não significativas em relação às seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e a variável estado civil

**Tabela 7** - Relação entre as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e as variáveis satisfação com a saúde, vivência religiosa, satisfação com a situação económica, satisfação com a vida social e satisfação com a vida afetiva

**Tabela 8** - Diferenças significativas e não significativas entre as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e a ida à missa

**Tabela 9** - Relação entre a Escala de Otimismo LOT-R e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e as seis dimensões de Bem-estar Psicológico de Ryff

**Tabela 10** - Relação entre o Inventário de Personalidade NEO-PI-R e a Escala de Autoestima de Rosenberg com as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico

**Tabela 11** - Recodificação do ano de entrada para a instituição civil em três categorias

**Tabela 12** - Relação entre as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e a variável ano de entrada na instituição

**Tabela 13** - Correlação entre as seis dimensões de Bem-estar Psicológico de Ryff e o número de atividades de tempos livres realizadas

**Tabela 14** - Número de atividades de tempos livres realizadas em três categorias

**Tabela 15** - Diferenças significativas e não significativas entre as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e o número de atividades de tempos livres realizadas

**Tabela 16** - Teste de Levene para a variável sexo

**Tabela 17** - Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável sexo

**Tabela 18**- Recodificação da variável idade em três categorias

**Tabela 19** - Teste Levene para a variável idade

**Tabela 20** - ANOVA para a variável idade

**Tabela 21** - Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável idade

**Tabela 22** - Recodificação da variável estado civil em três categorias

**Tabela 23** -Teste de Levene para a variável estado civil

**Tabela 24** - ANOVA para a variável estado civil

**Tabela 25** -Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável estado civil

**Tabela 26** - Teste Kolmogorov-Smirnov para a satisfação com a saúde, satisfação com a situação económica, satisfação com a vida social e satisfação com a vida afetiva

**Tabela 27** - Frequência das deslocações à missa

**Tabela 28** - Teste de Levene para a variável prática religiosa

**Tabela 29** - ANOVA para a variável prática religiosa

**Tabela 30** - Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável prática religiosa

**Tabela 31** - Relação entre o Otimismo e a Satisfação com a vida com as seis dimensões de Bem-estar Psicológico

**Tabela 32** - Relação entre a Extroversão e a Autoestima com as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico

**Tabela 33** - Teste de Levene para a variável ano de entrada na instituição

**Tabela 34** - ANOVA para a variável ano de entrada na instituição

**Tabela 35** - Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável ano de entrada na instituição

**Tabela 36** - ANOVA para a variável ano de entrada na instituição

**Tabela 37** - Número de atividades de tempos livres realizadas

**Tabela 38** - Coeficiente de correlação de Pearson para a variável número de atividades de tempos livres realizadas

**Tabela 39** - Recodificação da variável número de atividades de tempos livres realizadas

**Tabela 40** - Teste de Levene para a variável número de atividades de tempos livres realizadas

**Tabela 41** - ANOVA para a variável número de atividades de tempos livres realizadas

**Tabela 42** - Teste Kolmogorov-Smirnov para a variável número de atividades de tempos livres realizadas

**Gráfico 1** - Valor médio das dimensões do Bem-estar Psicológico relativamente à variável sexo

**Gráfico 2** - Valor médio das dimensões do Bem-estar Psicológico relativamente à variável idade

**Gráfico 3** - Valor médio das dimensões do Bem-estar Psicológico relativamente à variável estado civil

**Gráfico 4** - Valor médio das dimensões do Bem-estar Psicológico relativamente à variável ano de entrada para a instituição

**Gráfico 5** - Valor médio das dimensões do Bem-estar Psicológico relativamente à variável número de atividades de tempos livres realizadas

**Gráfico 6** - Valor médio da variável sexo

**Gráfico 7** - Valores médios observados na variável idade

**Gráfico 8** - Valores médios observados no que respeita à prática religiosa

**Gráfico 9** - Valores médios para a variável ano de entrada na instituição

**Gráfico 10** -Valores médios observados para a variável número de atividades de tempos livres realizadas

## **Índice de Anexos**

**Anexo 1** - Instrumentos utilizados

**Anexo 2** - Pedidos de colaboração aos Provedores das três instituições abrangidas pelo estudo

**Anexo 3** - Nota explicativa

**Anexo 4** - Consentimento informado

**Anexo 5** - Estudo empírico das hipóteses

## INTRODUÇÃO

Atualmente tem-se verificado um aumento substancial do número de pessoas idosas, à escala mundial existindo, não só, a necessidade de se definirem parâmetros biológicos para caracterizar os adultos em idade avançada mas, também, de se verificarem as consequências das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e de se avaliarem as implicações sanitárias, sociais e económicas.

Do ponto de vista demográfico, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) espera-se que em 2050 existam aproximadamente 1,2 biliões de pessoas em todo o mundo com mais de 60 anos de idade (a população idosa irá quadruplicar), sendo que a maior percentagem verificar-se-á nos países em desenvolvimento e nas regiões mais desenvolvidas.

Complementarmente, dados da União Europeia estimam que, em 2020, de uma população total de 345 milhões de pessoas, haja 100 milhões de cidadãos com idade avançada e que, destes, entre 17 e 22 milhões tenham 80 ou mais anos (Medeiros, 2011, no prelo). De acordo com Bernad (2008), a Europa lidera o processo de envelhecimento mundial, sendo provável que em 2050 a população idosa europeia alcance os 33%.

Em Portugal, segundo dados dos Censos 2011, 19,2% da população é idosa, o que corresponde a 2 milhões, 22 mil e 504 idosos (dados do INE). Ao nível da Região Autónoma dos Açores (adiante designada com a sigla RAA) muito embora não seja uma região muito envelhecida comparativamente ao continente português atinge os 13,3% da população, o que representa um acréscimo de 2.159 idosos nos últimos dez anos (Censos de 2001 e 2011 do INE). Verificou-se que desde o ano 2000 o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar, levando o Instituto Nacional de Estatística (INE) a prever que no ano de 2020 o índice de envelhecimento na região atinja uma percentagem na ordem dos 87 % (dados da Direção Regional de Saúde, 2009-2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou a pessoa idosa como qualquer indivíduo de 65 anos ou mais (cf. OMS, 2009). No entanto, sabemos que a idade não é mais do que um critério social que pouco, ou nada define a pessoa idosa, nem muito menos a dimensão psicológica de envelhecimento. Labouvie (1990) defende que devido à velhice abranger um leque de vida bastante amplo, pode-se considerar que existem diversas velhices, a saber: (i) idosos jovens ou *elderly* – dos 65 aos 74 anos; (ii)

idosos ou *aged* – 75 aos 84 anos; (iii) muito idosos ou *very old* – a partir dos 85 ou 90 anos.

No processo de envelhecimento imperam mudanças a nível biológico, cognitivo, social e psicológico por parte das pessoas em desenvolvimento. Segundo Oliveira (2010; 2008), as consequências do envelhecimento demográfico da população verificam-se aos níveis social, da saúde e da economia. Assim, a nível social constata-se que a convivência entre várias gerações, a existência de mais mulheres do que homens e um aumento da institucionalização das pessoas idosas; a nível de saúde, verifica-se uma maior ocupação das camas hospitalares, maiores gastos com os medicamentos e tratamentos, o aumento dos transtornos mentais da população e o aumento do número de suicídios e de eutanásia e a nível económico, um maior número de pensionistas e reformados e a necessidade de um maior número de lares de longa permanência e de institucionalização.

Pese embora as instituições de longa permanência prestarem serviços médicos, simnutricionais, de enfermagem, psicológicos, sociais, farmacêuticos e proporcionarem apoio jurídico e administrativo e atividades de reabilitação física (Espitia e Martins, 2006), por vezes, propiciam o isolamento social das pessoas idosas (eg.: Magesky, Modesto e Torres, 2009; Espitia e Martins, 2006), tornando-se um fator de risco para o seu bem-estar psicológico e satisfação com a vida, conseqüentemente para a sua qualidade de vida.

Foram realizados estudos por diversos autores, tais como Ramos, Pavão e Simões (2011), Neri (2007a) e Ryff e Keyes (1995), os quais pretenderam averiguar que outros fatores poderiam contribuir para o bem-estar psicológico das pessoas idosas. As investigações realizadas apontaram para fatores como: pensão, saúde física, situação conjugal, sexo, idade, autoestima, personalidade, amizades, nível cultural e religiosidade.

O bem-estar psicológico, por seu lado, possibilita o envelhecimento bem-sucedido que se caracteriza como o processo de maximização dos ganhos e, conseqüentemente, a minimização das perdas (Baltes e Baltes, 1990).

Cícero, filósofo romano, referiu que a velhice não é apenas uma fase caracterizada por declínios e perdas sendo, por seu lado, uma etapa da vida que abriga muitas oportunidades produtivas para as pessoas idosas. Desta forma, alegou que é necessário que cada adulto em idade avançada se concentre no seu desenvolvimento individual, o

que contribuirá para que o seu processo de envelhecimento seja bem-sucedido (Baltes e Baltes, 1990).

Rowe e Kahn formularam um modelo, em 1987, o qual distinguia o “envelhecimento normal” do “envelhecimento patológico”, através da diferenciação entre o “envelhecimento habitual” e o “bem-sucedido” (Rowe e Kahn, 1998).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Montenegro, 2006) apontou os fatores necessários para um envelhecimento bem-sucedido e, conseqüentemente, para um bem-estar psicológico, a saber: promoção de um envelhecimento ativo e saudável; estimulação das ações intersectoriais; existência dos recursos necessários para a qualidade da atenção à saúde do adulto em idade avançada; e estimulação da participação e fortalecimento do controlo social.

O envelhecimento ativo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005) consiste no processo que permite a otimização das oportunidades de saúde e de participação e segurança das pessoas idosas no seu processo de envelhecimento (*Ibidem*).

Existem, segundo a OMS (2005), fatores determinantes do envelhecimento ativo, nomeadamente: fatores transversais (cultura e o género); fatores relacionados com os sistemas de saúde e serviço social (promoção da saúde e prevenção das doenças, serviços curativos, assistência a longo prazo e serviços de saúde mental); fatores comportamentais (tabagismo, atividade física, alimentação saudável, saúde oral, álcool, iatrogenia, medicação e adesão à medicação); fatores relacionados a aspetos pessoais (biologia, genética e fatores psicológicos); fatores relacionados com o ambiente físico (moradia segura, quedas, ar puro, água limpa e alimentos seguros); fatores relacionados com o ambiente social (apoio social, violência e maus-tratos contra a pessoa idosa, educação e alfabetização); e fatores económicos (renda, proteção social e trabalho).

Sabemos que não basta viver mais, é sobretudo saber viver bem; viver melhor. O trabalho que apresentamos debruça-se sobre esta problemática da institucionalização de pessoas idosas com idade avançada mas relacionando-a com o desejado envelhecimento ativo, com o bem-estar psicológico e de satisfação com a vida nas ilhas do Grupo Ocidental do Arquipélago dos Açores – as ilhas das Flores e do Corvo.

Especificando a população média anual residente por local de residência, sexo e grupo etário (por ciclos de vida), em 2010, constatou-se no concelho de Santa Cruz das Flores a população com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos era de 250 e com mais de 75 anos era de 202. No Concelho das Lajes das Flores, era de 169 no 1º grupo

etário e, no 2º grupo etário era de 140,5. Por fim, na Ilha do Corvo verificou-se 40,5 no 1º grupo etário e 54,5 no 2º grupo etário (dados disponíveis na página web do Instituto Nacional de Estatística - denominado INE).

Neste estudo empírico, de caráter exploratório, incidimos sobre a população residente em lares de longa permanência das ilhas das Flores e Corvo.

Delineámos os objetivos: (i) Caracterizar as pessoas idosas residentes nos lares das Ilhas do Grupo Ocidental do Arquipélago dos Açores aos níveis de idade, sexo, concelho de residência anterior, estado civil, profissão, situação familiar, vínculos familiares ou outros, situação de dependência, ligação com o mundo exterior e tempo de permanência na instituição; (ii) Avaliar o bem-estar psicológico de pessoas idosas residentes nos lares das Ilhas do Grupo Ocidental (RAA); (iii) Analisar as relações entre o bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas, pessoais e contextuais; (iv) Compreender as relações entre o bem-estar e a satisfação com a vida; (v) Propor alguns indicadores para um plano de promoção do bem-estar psicológico e da satisfação com a vida às pessoas idosas residentes em Lar.

Este estudo torna-se de extrema importância, visto o ano 2012 ser o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*, o qual visa realçar a importância das pessoas idosas para a sociedade, bem como incentivar os responsáveis políticos e todos os interessados, na criação de medidas que permitam o envelhecimento ativo e o reforço da solidariedade entre gerações.

Assim, em termos estruturais, este trabalho compreende duas partes distintas. A primeira é constituída pela componente da fundamentação teórica, que integra dois capítulos. Cada capítulo é precedido de uma introdução e encerra com uma síntese, de modo a sequenciar os diferentes segmentos organizativos e facilitar a compreensão e leitura e a segunda parte, constituída por cinco capítulos, diz respeito à clarificação do estudo empírico propriamente dito. As partes integrativas referidas são precedidas de uma introdução e terminam com uma conclusão e com algumas linhas de reflexão para a delimitação de uma proposta de programa de intervenção.

No que respeita à 1ª parte, no capítulo 1, intitulado *Envelhecimento e institucionalização das pessoas idosas*, são tecidas algumas considerações em torno do conceito de envelhecimento e da institucionalização na qualidade de vida das pessoas idosas. Considerando que a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas é influenciada pelas relações estabelecidas com os amigos e a família e pelas atividades de vida diária e estimulação multissensorial e cognitiva, este capítulo visa salientar a

importância da existência de programas de promoção da saúde, os quais deverão comportar um conjunto de atividades de cariz lúdico e de estimulação cognitiva.

O capítulo II - *Bem-estar psicológico nas pessoas idosas* – incide sobre o desenvolvimento do conceito de bem-estar psicológico, bem como sistematiza investigações sobre o bem-estar psicológico no adulto em idade avançada.

A segunda parte da dissertação destina-se à apresentação do estudo empírico, propriamente dito. Assim, no capítulo III, é apresentada a metodologia de investigação que pretende esclarecer o design da investigação, nomeadamente a explicitação das questões de investigação, a determinação dos objetivos, a formulação das hipóteses, a clarificação da amostra, a especificação dos instrumentos para a recolha de dados e os procedimentos utilizados aquando a pesquisa.

Por sua vez, no capítulo IV, procedemos à apresentação e discussão dos resultados tendo como referência o quadro concetual explanado na componente teórica, partindo das hipóteses de partida colocadas.

O capítulo V intitula-se “Limitações, implicações e contributos para uma possível intervenção”, onde se situam as implicações e os contributos futuros da presente investigação, para o futuro, bem como possíveis atividades culturais e sociais, de estimulação cognitiva e direcionadas para a autoestima e valorização pessoal, a realizar nas instituições de longa permanência, nas quais incide o presente estudo

Por fim, encontram-se as conclusões do estudo, as referências bibliográficas e os anexos.

## **CAPÍTULO I**

# **ENVELHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS**

Numa perspetiva multidimensional do desenvolvimento, o envelhecimento ocorre numa dimensão biológica, psicológica e social.

Procuraremos sublinhar neste capítulo a perspetiva multidimensional e compreensiva do processo de envelhecimento, o qual se debruçará especificamente sobre a qualidade de vida das pessoas idosas e os programas de promoção da saúde.

A qualidade de vida é um conceito que, pela sua amplitude e complexidade tem suscitado o interesse por parte dos investigadores para a sua definição. No entanto, estudos recentes vêm relacioná-la com as relações interpessoais, o bem-estar e o contexto histórico-cultural no qual a pessoa se encontra.

Neste capítulo iremos proceder à clarificação do conceito de qualidade de vida e sobre a problemática da institucionalização. Neste enquadramento revelamos a importância da existência dos designados programas de promoção da saúde, os quais ao incluírem atividades de lazer e de estimulação cognitiva contribuem para o bem-estar psicológico e, conseqüentemente, para a qualidade de vida dos seus intervenientes.

### **1.1. Do envelhecimento demográfico ao envelhecimento ativo: contributos teóricos**

Os estudos em torno do envelhecimento têm sido cada vez mais frequentes, devendo-se a sua importância ao aumento significativo da população idosa, muito acentuada nas últimas décadas.

Pese embora o aumento crescente da população idosa a nível mundial, resultante da diminuição da taxa de natalidade, do casamento tardio, dos novos valores da família que por comodismo ou egoísmo prescindem da prole<sup>1</sup>, da entrada da mulher no mercado de trabalho, da falta de habitação condigna dos casais e da redução acentuada do número de doenças e da mortalidade, devido aos avanços ao nível da medicina (Oliveira, 2010), o conceito de envelhecimento tem sido alvo de alterações ao longo dos anos tendo ainda em conta outras variáveis socioculturais como as atitudes, as crenças, a cultura, os conhecimentos e as relações sociais respeitantes a cada época (Sequeira, 2010).

De acordo com Fontaine (2000, p. XIV) entende-se por envelhecimento, o conjunto de “fenómenos dinâmicos que evocam transformações do organismo de

---

<sup>1</sup> Aos quais acrescentamos fatores económicos, dada a conjuntura atual de grande contenção económica.

natureza biológica e psicológica, em função do tempo”. Acentue-se, no entanto, que as mudanças psicológicas segundo a abordagem *life-span*<sup>2</sup> não ocorrem apenas no envelhecimento mas são observáveis ao longo de toda a vida do indivíduo (Oliveira, 2010; Neri, 2007b; Fontaine, 2000) e não se deve associar o envelhecimento apenas às perdas, mas a um equilíbrio entre perdas e ganhos.

A intensificação das pesquisas sobre o envelhecimento originou o surgimento de algumas teorias explicativas do mesmo, destacando-se entre elas: a teoria ecológica, segundo a qual o envelhecimento resulta da interação entre o património genético e o ambiente circundante; a teoria gerodinâmica, de acordo com a qual o envelhecimento se deve a um conjunto de mudanças no declínio funcional de um órgão ou tecido; e as teorias do desenvolvimento que, ao realizarem análises interdisciplinares explicam as mudanças ocorridas ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, constatando a existência de uma elevada inter-relação entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo, ou seja, entre os fatores biológicos que caracterizam esse processo e o funcionamento cognitivo (Sequeira, 2010).

Numa perspetiva multidimensional do desenvolvimento, o envelhecimento ocorre numa dimensão biológica, psicológica e social.

No que diz respeito ao envelhecimento biológico este manifesta-se externa e internamente. As manifestações externas verificam-se através de uma perda progressiva da elasticidade da pele, o que originará o aparecimento de rugas, a diminuição da mobilidade das articulações (o que tem repercussões na força muscular e agilidade), a aparição de cabelos brancos, os problemas cardíacos, a alteração da acuidade sensorial, nomeadamente a capacidade visual, auditiva e gustativa (com a redução das papilas e conseqüente diminuição do paladar), a lentificação dos reflexos e as mudanças na memória (cf. Sequeira, 2010).

Internamente opera-se uma diminuição da capacidade funcional, verificando-se um conjunto de alterações biológicas, tais como a diminuição da libido e da atividade sexual, a falta de motivação para planear o futuro, as atitudes infantis para mendigar afetos, os novos medos (eg.: sobrecarga de familiares, solidão, morte) e a tendência à depressão, à hipocondria ou somatização. Estas, por seu lado, influenciam a dimensão

---

<sup>2</sup> A abordagem *life-span* é estudada no âmbito da Psicologia Positiva, com o intuito de descobrir o potencial de crescimento pessoal (Bernad, 2008). Neri (2007b) afirma que a abordagem *long life-span* está ligada a dois aspetos: o facto de o desenvolvimento ser composto por mudanças qualitativas e quantitativas e estender-se ao longo do ciclo de vida, sendo acompanhado de mudanças em períodos tardios da vida.

psicológica, traduzindo-se em mudanças de pensamento, emoções, atitudes, e comportamentos, constatando-se a diminuição da autoestima (Oliveira, 2010).

Com o envelhecimento verificam-se também mudanças nas funções cognitivas, sobretudo ao nível da memória de curto prazo<sup>3</sup> e mudanças ao nível da atenção, manifestando maiores dificuldades de distração, ou seja, uma menor capacidade para entender simultaneamente diversos estímulos e selecionar informação relevante (Bernad, 2008).

Não são apenas os fatores patológicos e genéticos que produzem efeitos no envelhecimento psicológico como, também, os fatores ambientais, o contexto sociocultural e a forma como o indivíduo organiza e vivencia o seu projeto de vida (Sequeira, 2010). Os efeitos produzidos pelo contexto social no qual a pessoa se encontra e, muitas vezes, o contexto familiar podem levar à criação do denominado envelhecimento social. De acordo com Sequeira (2010), na atualidade o envelhecimento está muito associado a alterações nos papéis sociais desempenhados pelas pessoas idosas, no âmbito familiar, ocupacional e laboral. Consequentemente torna-se de extrema importância reorganizar as redes de apoio informal, de modo a aumentar a saúde mental e a satisfação com a vida da população idosa.

Apesar dos estudos realizados sobre a temática do envelhecimento, há ainda quem considere a velhice como um processo universal, o qual se caracteriza por um conjunto de mudanças biológicas naturais comuns a cada pessoa (nascimento, crescimento e morte), muito embora as investigações revelem que a maneira e o ritmo de envelhecer defiram de pessoa para pessoa (Sequeira e Silva, 2002), evidenciando uma componente subjetiva no envelhecimento.

O envelhecimento não é um processo unidimensional nem homogêneo: existem vários tipos de envelhecimento, sendo mais adequado falar-se em *envelhecimentos*, que podem ir desde o envelhecimento normal até ao patológico, passando pelo envelhecimento bem-sucedido e ativo (Medeiros, 2012, 2010, 2009). Assim, o processo de envelhecimento normal pressupõe que a pessoa vivencie um conjunto de alterações características e inevitáveis que não têm implicações nas atividades diárias, relacionando-se com as mudanças graduais biológicas, psicológicas e sociais,

---

<sup>3</sup> Recebe as informações que já se encontram codificadas pelos mecanismos que reconhecem os padrões de memória sensorial-motora, retendo-as durante alguns segundos ou minutos, de modo a que possam ser utilizadas, descartadas e/ou organizadas para serem armazenadas (Gleitman, Fridlund e Reisberg, 2007).

relacionadas com a idade (Bernad, 2008). Podem também ocorrer situações nas quais o conjunto de doenças e alterações decorrentes desse processo sejam disfuncionais e descontínuas e, nesses casos, estamos perante o envelhecimento patológico (Bernad, 2008; Neri, 2007a). O envelhecimento bem-sucedido pressupõe baixa probabilidade de doenças geradoras de perda de autonomia, um elevado nível funcional físico e cognitivo, a conservação das relações sociais e o bem-estar subjetivo (Fontaine, 2000).

Neste contexto, importa prevenir, intervir e prolongar a autonomia e independência da pessoa idosa, monitorizando a saúde, o suporte social e os apoios familiar, informal e formal, de modo a que a esta reforce e encontre um projeto de vida e consiga usufruir de um envelhecimento bem-sucedido (Sequeira, 2010).

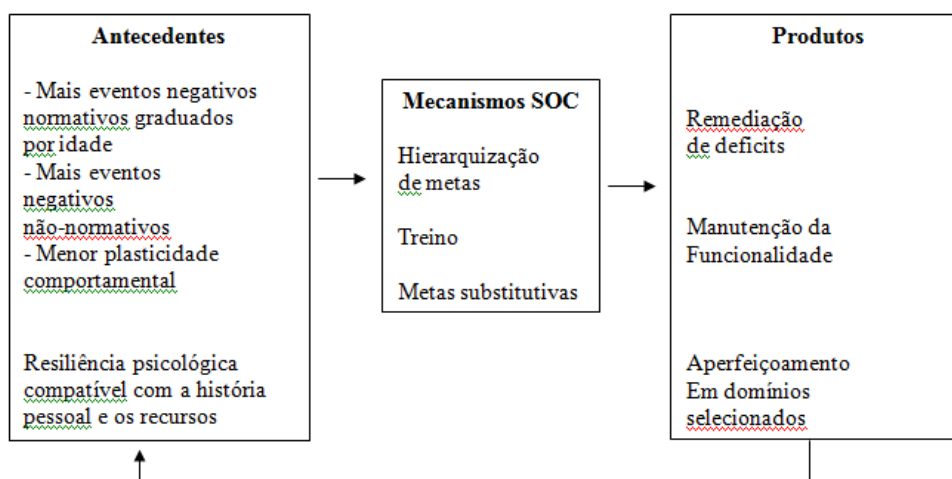
Rocha, Braga, Tavares, Andrade, Filha, Dias e Silva (2009) são da mesma opinião, afirmando que será necessária uma participação na sociedade e, posteriormente um reconhecimento da contribuição prestada, para que se envelheça de forma saudável.

Neste âmbito, concordamos com Sequeira (2010) quando refere que é de extrema importância a prática de exercício físico regular para um envelhecimento bem-sucedido, acrescentando-lhe a criação de programas de formação da pessoa idosa com o intuito de aumentar os conhecimentos adquiridos, a implementação de programas de ajuda às pessoas com demência ou aos adultos em idade avançada institucionalizados, e a promoção de um envelhecimento ativo, para colmatar os estereótipos em relação às pessoas idosas. A título exemplificativo de programas de promoção do envelhecimento ativo, a Universidade dos Açores desenvolve, desde 2003, um programa de Aprendizagem ao Longo da Vida para estudantes seniores, com o objetivo de desenvolvimento e aprendizagem ao longo do ciclo vital (baseado nas teorias do Ciclo Vital, na abordagem *life-span* e nas teorias da *long life learning*) contribuindo, desta forma, para o envelhecimento ativo e a prevenção do envelhecimento patológico dos adultos em idade avançada da Região Autónoma dos Açores, designadamente nas ilhas de São Miguel, Santa Maria, Terceira e Faial.

De acordo com a OMS (2005), o envelhecimento ativo consiste no “processo de otimização das oportunidades de saúde e de participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” visando assim uma participação e envolvimento nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais existentes na comunidade e não apenas para o exercício físico (Ribeiro e Paúl, 2011).

O primeiro ensaio realizado sobre a questão relacionada com o envelhecimento bem-sucedido denominou-se de *De senectute* e foi da autoria do grande filósofo romano Cícero (106-43 a. c.) (44 a. C.) (Cícero, 1998). No mesmo, a velhice caracterizava-se por ser um período que difere de indivíduo para indivíduo e que pode proporcionar inúmeras oportunidades de crescimento pessoal (Fontaine, 2000).

Estudos em torno do envelhecimento bem-sucedido levaram Baltes e Baltes (1990) a criar um modelo psicológico denominado de “Modelo de Seleção, Otimização e Compensação” (SOC), o qual se encontra representado na Figura 1. Este modelo abrange três mecanismos, os quais são retratados no nome do modelo: a seleção, a otimização e a compensação.



**Figura 1. “Mecanismos de seleção, otimização e compensação e envelhecimento bem-sucedido” in Neri, 2007a, p. 44.**

No modelo “SOC”, a seleção abrange os objetivos ou os resultados que o indivíduo deseja, tendo em conta as alterações provocadas pelo processo de envelhecimento. No entanto, para que esses objetivos ou resultados sejam alcançados, é necessário recorrer-se à otimização, a qual se relaciona com o facto de se utilizar os meios necessários ao alcance dos objetivos ou resultados desejados. Quando ocorrem perdas que possam pôr em risco o alcance dos objetivos ou dos resultados esperados, recorre-se à compensação, a qual envolve o esforço de se criarem respostas funcionais para recuperar o sucesso adaptativo (Fonseca, 2005).

O modelo referenciado pressupõe a existência de um equilíbrio entre as *perdas*, decorrentes de fatores associados à idade (*age-graded*) e acontecimentos pessoais (*non normative*) e os *ganhos* relacionados com determinadas estratégias de vida, especialmente estratégias relacionadas com a manutenção de laços sociais (Fontaine,

2000), o qual é possível visto que com o aumento da idade a pessoa idosa desenvolver novas estratégias e um raciocínio mais ponderado para lidar com o ambiente que a circunda (Parente, 2006).

Como resultado desse equilíbrio, espera-se um elevado nível de funcionamento em determinadas atividades e, também, que o sentimento geral de envelhecimento bem-sucedido e o sentimento de eficácia pessoal sejam mantidos (Fontaine, 2000).

O equilíbrio entre as *perdas* e os *ganhos* decorrentes ao longo da vida é facilitado pela maior ou menor adaptabilidade de cada indivíduo, ou seja, pela capacidade de aprender a viver com as suas limitações, tendo em conta os recursos que tem ao seu dispor, permitindo que este fique menos sujeito a *stress* e que efetue o manuseamento do ambiente físico e social (Rabelo e Neri, 2005). Opera-se um efeito de positividade, dado que perante as dificuldades e a consciência das limitações funcionais, as expectativas são também mais baixas na adultez em idade avançada (Medeiros, 2012).

Tendo em conta o anteriormente exposto, Fontaine (2000) é apologista de que a adaptação é maior, quanto mais reduzida for a probabilidade de doenças, sobretudo as que causam perda de autonomia; quanto maior for o nível funcional quer físico, quer cognitivo dos indivíduos; e quanto mais elevado for o desempenho social e o bem-estar subjetivo das pessoas.

Rabelo e Neri (2005) no mesmo seguimento de Fontaine (2000) referem que o facto de a pessoa ter ou não, realizado o que pretendia; concretizado o que era expectável; e conseguido realizar, até ao momento, tudo o que planeara com satisfação, são fatores que contribuem para uma boa qualidade de vida.

## **1.2. Envelhecimento e qualidade de Vida**

Na atualidade, o conceito de qualidade de vida é aproximado com o grau de satisfação para com a vida familiar, amorosa, social e ambiental, sendo visto sob uma referência histórica, cultural e padrões de bem-estar (Minayo, Hartz e Buss, 2000). Particularizando, no mundo ocidental a falta de qualidade de vida está associada ao desemprego, à exclusão social e à violência (Minayo *et al.*, 2000).

Especialistas de diferentes culturas, pertencentes à Organização Mundial de Saúde conferiram três aspetos que devem estar associados ao conceito de qualidade de vida: (i) a *subjetividade*; (ii) a *multidimensionalidade*, que engloba as dimensões física,

psicológica e social; e, por fim, (iii) a *bipolaridade*, que confere a presença de duas dimensões extremas, a positiva e a negativa (Fleck *et al.*, 1999).

Constata-se, assim, que o construto *qualidade de vida* é amplo e complexo devido à sua relação com diversos fatores, tais como a saúde, as relações sociais, as crenças pessoais, o ambiente, o estado psicológico e a própria personalidade do indivíduo (WHO, 1998).

Pesem embora as divergências de opinião em relação ao conceito de qualidade de vida, este tem sido estudada por diversas áreas. Nesse prisma, Spilker (1990, *in* Silva, 2009, p. 30) defende que inicialmente o construto foi estudado pela Sociologia e pela Psicologia e Fleck, Leal, Lousada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon (1999) ressaltam que quem iniciou o seu estudo foram cientistas sociais, filósofos e políticos. O termo de qualidade de vida aparece também ligado à dimensão económica, segundo Wood-Dauphinee (1999, *in* Kluthcovsky e Takayanagui, 2007, p. 14), constando num livro acerca de economia e bem-estar, no qual se discutiu até que ponto as pessoas menos favorecidas têm apoio governamental e, até que ponto, esse suporte tem um impacto nas suas vidas e no orçamento do próprio estado.

Delimitado o conceito e, uma vez que a população mundial está cada vez mais envelhecida, alguns investigadores dedicaram-se ao conhecimento dos fatores que interferem no bem-estar na senescência e na qualidade de vida das pessoas idosas para que se pudesse proceder à criação de ações e políticas na área da saúde mais confirme com as necessidades dessa população (Fleck *et al.*, 1999).

Existem vários critérios que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas, os quais são de ordem biológica, psicológica e socio-estrutural. O realce destes critérios prende-se com os determinantes ou indicadores de bem-estar que se verificam nos adultos em idade avançada, tais como: a longevidade, a saúde mental e biológica, a satisfação, o controlo cognitivo, a competência social, a produtividade, as relações sociais estabelecidas e a continuidade de papéis quer familiares quer ocupacionais (Santos, Santos, Fernandes e Henriques, 2002).

Os estudos de Baltes (1996) concluem que as pessoas idosas temem questões relacionadas com a incapacidade funcional, pois o facto de não conseguirem executar atividades de vida diária com eficácia pode levar a que a sociedade os considere incompetentes em relação a normas sociais sendo, por isso, um desafio que necessita de ser enfrentado.

Nesse âmbito, Rabelo e Neri (2005) mencionam estudos que concluíram que as dimensões que determinam a qualidade de vida das pessoas idosas são as seguintes: a saúde (saúde percebida bem como a existência ou não de doenças ou deficiências); a capacidade funcional relacionada com a execução ou não de atividades realizadas diariamente; a percepção ou não de controlo sobre a sua própria vida; a autoestima e o ter aproveitado a vida (dimensão psicológica); os contatos com os filhos e se estes estão bem (dimensão social); a existência de casa própria ou residência numa instituição (dimensão económica); o ser ou não vítima de violência (dimensão ambiental); a prática de atividade física (hábitos e estilos de vida); e espiritualidade.

Smith, Borchelt, Maier e Jopp (2002, *in* Rabelo e Neri, 2005) aquando as suas investigações visaram conhecer que relação poderia existir entre as doenças crónicas, a saúde e o bem-estar subjetivo nas pessoas idosas, concluindo que as doenças crónicas e deficiências que afetam os indivíduos com 80 ou mais anos têm grande influência no seu bem-estar.

Embora as perdas, as doenças crónicas e os acidentes influenciem o bem-estar dos indivíduos mais velhos, existem adultos em idade avançada que mantêm uma boa qualidade de vida ou, pelo menos, a melhor que lhes seja possível alcançar (Kahn e Juster, 2002, *in* Rabelo e Neri, 2005). Fortes e Neri (2004) concluíram que a adaptação se deve à capacidade que o indivíduo tem de ultrapassar os desafios proporcionados por um evento não desejado mas, também, é possível devido ao ajustamento social e psicológico acionarem quer os recursos emocionais, quer os recursos cognitivos.

As dificuldades no ajustamento pessoal podem levar à ocorrência de crises, pois implicam que o indivíduo interrompa o estilo de vida a que está habituado e, como tal, necessite de utilizar mais estratégias para enfrentar a nova situação para ter maior controlo na sua vida (Coleman, 1996).

Aquando situações de crise, tornam-se necessárias as redes de suporte social para que a pessoa idosa enfrente com maior sucesso a mudança pela qual está a passar, isto porque as redes de suporte social aumentam a autoestima e o sentimento de domínio do ambiente, amenizam o impacto das doenças, têm função de *coping* (Handen, 1991) e aumentam a auto-eficácia (Antonucci, 1994) (*in* Rabelo e Neri, 2005).

Em relação à adaptação e questões de género, constatou-se que as mulheres usufruem de melhores habilidades interpessoais devido à sua vida social ser mais ativa e mais multifacetada (Rabelo e Neri, 2005), tendo-se verificado que as crenças positivas e uma percepção exagerada do controlo da sua vida são efeitos psicológicos que protegem

as pessoas idosas (Taylor, Kemeny, Reed, Bower e Guinewald, 2000, *in* Rabelo e Neri, 2005, p. 406).

Especificando, de acordo com Rabelo e Neri (2005) as crenças positivas influenciam determinados aspetos da vida da pessoa idosa, a saber: têm impacto nos estados emocionais e podem ser os precursores de mudanças quer fisiológicas quer neuroendócrinas; possibilitam a existência de comportamentos saudáveis; autovalorizam o seu poder; são mais conscientes; e são otimistas.

Desta forma, o otimismo e o significado da vida são fatores que contribuem para uma melhor adaptação (Rabelo e Neri, 2005). Em relação ao otimismo, ao controlo pessoal e à autoestima, estes relacionam-se com as estratégias de *coping* e com as perceções positivas, que permitem, por seu lado, que cada um encontre um sentido à sua vida (Rabelo e Neri, 2005).

A capacidade de resistência das pessoas idosas deve-se ao facto de estas arranjam os recursos possíveis existentes no meio, os quais permitam o aumento dos afetos positivos e a diminuição dos negativos aquando situações de perdas. Essa capacidade de resistência juntamente com a procura por diferenciação e objetividade, levaram Labouvie-Vief e Medler (2002) a considerar que a primeira estratégia se designa de otimização afetiva e a segunda de complexidade afetiva. Ainda de acordo com os autores supra-mencionados, a estratégia da otimização afetiva estaria direcionada para questões relacionadas com a família, a qualidade dos relacionamentos estabelecidos, enquanto a estratégia de complexidade afetiva seria mais utilizada quando se trata do *status* económico e educacional. É essa flexibilidade e essa diferenciação que permitem a inibição, desinibição e a avaliação e análise das perdas ocorridas ao longo do desenvolvimento humano devido ao amadurecimento do sistema cognitivo (Rabelo e Neri, 2005).

A comparação social, que consiste na afiliação da pessoa em grupos que já tentam vivenciado e ultrapassado o mesmo tipo de problema é benéfica para que a pessoa idosa enfrente as situações que considera ser negativas, (Kulik e Mahler, 1997, *in* Rabelo e Neri, 2005).

Bandura (1993) refere outro atributo importante para a qualidade de vida da pessoa idosa: as *crenças de autoeficácia* em relação às capacidades para organizar e executar os comportamentos que se prendem como necessários ao alcance de um determinado resultado. A crença de que as pessoas são capazes de controlar as suas

ações para atingir determinado fim, aumenta a motivação, influencia o pensamento e o afeto, o que incita à ação (Bandura, 1993).

A autoeficácia é benéfica em situações de doença crónica, pois permite melhorar a funcionalidade física e mental, o que contribui, assim para o seu bem-estar emocional e para o aumento das atividades de cariz social (Rabelo e Neri, 2005).

O *enfrentamento assimilativo* ocorre quando o indivíduo conforma as situações negativas com as metas por si delineadas e as suas aspirações e, por seu lado, quando a pessoa idosa acomoda os seus objetivos pessoais, adotando padrões de *performance* mais suaves e indulgentes, fala-se de *enfrentamento acomodativo* (Rabelo e Neri, 2005). Geralmente, este tipo de estratégia utiliza-se quando o indivíduo é mal sucedido nas tentativas ativas que usa para mudar a situação.

De acordo com Atcheley (1999), os adultos em idade avançada enfrentam positivamente a fragilidade devido ao desejo interno que sentem por continuidade dos diversos domínios do *self*. O declínio biológico e a resposta social, o afastamento do trabalho, a mudança de identidade social e a desvalorização social aumentam o grau de *stress* das pessoas idosas e condicionam a realização de tarefas evolutivas (Silva e Gunther, 2000).

### **1.3. Envelhecimento e institucionalização**

Os declínios funcionais e as perdas podem originar a dependência da pessoa idosa (Miguel, Pinto e Marcon, 2007) e, conseqüentemente, a que esta comece a demonstrar desinteresse, desânimo e apatia, se comece a alimentar mal, não cuide da sua imagem pessoal e não tome a sua medicação, fique com problemas de locomoção e mais suscetível a depressões (Formandos do curso EFA- Agente em Geriatria, n.d.).

Os estudos efetuados sobre o grau de dependência da pessoa idosa levaram ao surgimento de três tipos de dependência: a estruturada, a física e a comportamental.

A dependência estruturada relaciona-se com a relação existente entre a produtividade e o valor que é atribuído ao ser humano estando, por isso, relacionada com a perda do trabalho ou da reforma, embora sofra influência de hospitalizações prolongadas em instituições psiquiátricas, a permanência em asilos, a fome e os maus-tratos (Baltes e Silverberg, 1995, *in* Miguel, Pinto e Marcon, 2007).

A dependência física está relacionada com o facto de o indivíduo demonstrar dificuldade em concretizar atividades de vida diária, podendo variar tendo em conta a idade, o género, a classe social e a existência de problemas de cariz psiquiátrico (Miguel *et al.*, 2007).

A dependência comportamental, por seu lado, pode derivar da dependência física, podendo decorrer de um ambiente não-responsivo, negligente ou não-contingente, e estar relacionada com a perda de controlo e a não-contingência psiquiátrica. Também poderá sofrer influências da atribuição de incompetência, sendo outra pessoa que assume a função de efetuar as determinadas tarefas mesmo em situações nas quais não seja necessário ou que a pessoa idosa seja contrariada (*Ibidem*, 2007).

O isolamento social também tem sido apontado como outra consequência da perda de capacidades funcionais, levando a pessoa idosa a não participar nem se exprimir nos diversos problemas da vida diária (Miguel *et al.*, 2007) e, consequentemente, a que demonstre desinteresse, desânimo e apatia (Formandos do curso EFA- Agente em Geriatria, s.d.).

Concordamos com Espitia e Martins (2006) quando referem que no contexto contemporâneo de maior número de pessoas idosas e de famílias muito sobrecarregadas com a envolvimento no mercado de trabalho, cada vez mais exigente, à qual acresce as exigências familiares e os cuidados parentais, e o agravamento de determinadas patologias que geram certo grau de dependência, resulta em que, cada vez mais, os familiares de pessoas idosas recorram às instituições de longa permanência.

Embora as instituições de longa permanência visem prestar serviços de ordem médica ontológica, de enfermagem, nutricionais, psicológicos, sociais, farmacêuticos e proporcionarem apoio jurídico e administrativo e atividades de reabilitação física (Espitia e Martins, 2006), muitas vezes separam as pessoas idosas da sociedade por um período considerável de tempo, o que implica que as mesmas vivam uma vida socialmente isolada, com a sobrevivência assegurada mas, por vezes, com défice de afeto familiar, não obstante os cuidados de saúde primária salvaguardados institucionalmente (Espitia e Martins, 2006; Born, 2002, *in* Oliveira, Zuzzi, Galetti, Rosim-Serrador, 2007).

Magesky, Modesto e Torres (2009) também referem algumas carências por parte das instituições que acolhem os adultos em idade avançada, nomeadamente o facto de, na maioria das vezes, as atividades realizadas pelas mesmas não focarem as potencialidades dos seus clientes dos lares. Miranda, Andrade, Furegato e Rodrigues

(2005) reforçam, ainda, a ideia de que na maior parte das vezes as instituições não possuem atividades que estimulem o potencial dos clientes, as quais permitem, por seu lado, melhorar a autoestima e o sentimento de inclusão.

Neste seguimento, Stevens-Long (Cupertino, 1996, *in* Tomasini e Alves, 2007, p. 95) enumeram quatro características das instituições de longa permanência: apresentam uma política que proporciona a segregação; tratam clientes únicos e singulares da mesma forma, não tendo em conta as suas diferenças (despersonalização); controlam os clientes, limitando a autonomia dos mesmos; e, provocam o isolamento físico dos clientes.

Desta forma, para promover uma boa saúde aos adultos em idade avançada, será necessário recorrer-se a uma política de prevenção a qual passa, não só, pela educação para a saúde da própria pessoa idosa, como dos agentes gerontológicos (Oliveira, 2008).

Pode-se também apelar à colaboração por parte da sociedade para melhorar a qualidade de vida dos adultos em idade avançada institucionalizados (Oliveira *et al.*, 2007) através de um maior envolvimento social (Rowe e Kahn, 1998), além de ser necessário que a pessoa idosa tenha metas de vida estabelecidas, acredite possuir o controlo da própria vida e, acredite ser capaz de aperfeiçoar a sua saúde, a sua capacidade cognitiva e as relações sociais (Baltes e Mayer, 1999).

De acordo com Neri (2004), o psicólogo age nessas situações, atuando, quer na orientação quer no acompanhamento das pessoas idosas e das instituições, promovendo programas de promoção de qualidade de vida e de mudança de atitudes.

O acompanhamento das pessoas idosas e das instituições pode ser efetuada, especificamente, pelos psicólogos educacionais e comunitários, os quais oferecem alternativas que ajudam os familiares dos clientes acometidos de doenças incapacitantes física e cognitivamente, através da organização de grupos de apoio emocional, de informação e de autoajuda (Neri, 2004).

Ao intervir no tratamento de problemas psicológicos e comportamentais que afetam as pessoas idosas institucionalizadas, o psicólogo tem de utilizar um conjunto de técnicas de diagnóstico, avaliação e intervenção (Neri, 2004). Assim, torna-se necessária a presença de psicólogos nas instituições de longa permanência que promovam programas de educação, programas de planeamento do ambiente e programas de promoção da saúde (Neri, 2004), contribuindo para a melhor preparação e utilização do tempo que as pessoas idosas dispõem, o que poderá afetar positivamente a sua qualidade de vida (Caldas, 2002).

#### **1.4. Envelhecimento ativo e programas de promoção da saúde**

Souza e Carvalho (2003) referem que para se promover a qualidade de vida das pessoas idosas, é necessária a intervenção de diversos atores sociais, os quais atuam com o intuito de aumentar o bem-estar humano e de organizar a sociedade de modo a que seja considerado o carácter multidimensional desse conceito. Ornelas (2008) e Paúl (2005) partilham da mesma opinião, alegando que se torna pertinente reorganizar as redes de apoio informal, de modo a que as pessoas idosas mantenham a sua independência e a participação social, visto as redes de apoio social terem um papel crucial para a saúde mental, a satisfação com a vida e um envelhecimento bem-sucedido.

Ornelas (2008) enfatiza a importância do suporte social para a autoestima, na medida em que a valorização pessoal e o sentimento de estima transmitidos à pessoa funcionam como possibilidades de desenvolvimento de alternativas e recursos para a resolução de problemas interpessoais. Desta forma, desde meados da década de 1980 que têm havido esforços no sentido de uma sensibilização internacional, através de fóruns e documentos institucionais, para com a promoção da saúde nos programas respeitantes aos indivíduos em idade avançada (Assis, Hartz e Valla, 2004).

Para intervenções de cariz comunitário, é necessário que se utilize uma abordagem multidisciplinar, na qual o papel do psicólogo se prende como essencial para que se proceda à avaliação dos comportamentos, para que a análise dos possíveis programas de intervenção seja possível, e para que as atividades sejam implementadas (Teixeira, 2007).

A nível da prevenção, o psicólogo tem como principal função contribuir para programas que visem a mudança de comportamentos, de modo a que se mudem crenças, atitudes, ilusões de controlo, normas de grupo, para que se possa desenvolver a assertividade, expectativas de autoeficácia, e para que se reduzam os comportamentos que interferem no processo de prevenção (Teixeira, 2007).

Para que tal seja possível, cabe ao psicólogo avaliar previamente as necessidades do grupo-alvo; avaliar, sistematicamente, os resultados obtidos, tendo em conta os objetivos que foram delineados, dinamizar as parcerias necessárias para que o indivíduo se envolva na comunidade; ter um discurso adequado ao público-alvo e mensagens preventivas adequadas às características do desenvolvimento, quer psicológico, quer

social dos destinatários e à credibilidade das fontes de transmissão da informação (*Ibidem*, 2007).

Cada intervenção tem de ter em consideração, tanto aspetos educacionais, como aspetos cognitivos e as influências sociais, sendo que uma prevenção eficaz requer a utilização de uma abordagem macro (ao nível da comunidade) e de uma abordagem individual (ao nível da clínica e do aconselhamento), além de que tem de ser efetuada nos grupos sociais específicos (Ornelas, 2008). A abordagem macro engloba, sobretudo, o suporte social por parte de familiares, vizinhos e amigos, verificando-se que o nível de bem-estar aumenta tendo em conta o envolvimento da pessoa num elevado número de atividades psicossociais (Ornelas, 2008).

Neste contexto, as ações que visam a saúde tornam-se de extrema importância, visto a saúde ser uma impulsionadora para o progresso pessoal, económico e social e, consequentemente para a qualidade de vida (Souza e Carvalho, 2003).

Desta forma, tanto os fatores políticos, como os económicos, sociais, culturais, de conduta, biológicos e o meio ambiente contribuem para uma melhor ou pior saúde, o que implica que as estratégias de promoção da saúde sejam voltadas para o estilo de vida, as condições sociais, económicas e ambientais, demandando, assim, a participação nos diversos setores existentes na sociedade (Souza e Carvalho, 2003).

Com vista a um envelhecimento ativo podem ser utilizados programas de promoção da saúde nas instituições de longa permanência os quais implicam que, primeiramente, se conheçam os interesses dos participantes para que as atividades a desenvolver motivem os implicados (Caldas, 2002). De seguida, ter-se-á de ter em conta a relevância social da atividade, de modo a que o indivíduo possa atribuir sentido às suas ações, o que tornará possível a autorrealização (Caldas, 2002).

Em qualquer programa de promoção da saúde, existem atividades de lazer que, de acordo com Marcellino (1996), abrangem seis campos: as atividades físicas, como a ginástica e a dança; as atividades que propiciam tanto o relacionamento social como o convívio social; os interesses artísticos manifestados pela pessoa e os quais podem estar relacionados com a música, a pintura e a fotografia; interesses manuais como é o caso do artesanato e do bordado; interesses turísticos, os quais incluem passeios e conhecimento de novos espaços; e interesses intelectuais, os quais se caracterizam pelo conhecimento experienciado, pela leitura, por quebra-cabeças e jogos.

Matsudo, Matsudo, Andrade, Araújo e Bragion (2002) acrescentam as atividades de vida diária, como varrer e limpar vidros e fazer caminhadas; Matsudo, Matsudo e

Neto (2001), por sua vez, adicionam o ciclismo; e, ainda, Ribeiro e Paúl (2011) falam na jardinagem, como forma de melhorar a mobilidade e a flexibilidade.

Nas atividades de lazer, existem duas modalidades: a ativa e a passiva. O lazer ativo visa a adesão dos indivíduos à atividade física nos seus tempos livres, com o intuito da manutenção da saúde, diminuição do *stress* e evitamento do sedentarismo, enquanto o lazer passivo consiste na exposição do indivíduo a ambientes com baixo gasto de esforço corporal e que expunha o indivíduo ao consumismo (Pimentel, 2012).

Qualquer atividade de lazer pode ser realizada em três sessões de 10 (dez) minutos ou duas sessões de 15 (quinze) minutos por dia (Matsudo *et al.*, 2002). No entanto, para que a pessoa idosa lide de forma positiva com as perdas inevitáveis decorrentes do processo de envelhecimento, é necessário que as tarefas, quer físicas, quer lúdicas ou de lazer sejam programadas e realizadas de forma gradual tendo em conta as potencialidades e as limitações de cada adulto em idade avançada (Goyaz, 2003). Para isso, tem de ser feita uma avaliação médica cuidadosa a cada pessoa idosa.

Em relação às atividades físicas, sobretudo as que aumentam a força muscular, Arent, Landers e Etnier (2000, *in* Matsudo *et al.*, 2001), salientam que estas melhoraram o humor dos adultos em idade avançada, a sua função neurocognitiva, o que irá permitir, segundo Matsudo *et al.* (2001) uma melhor capacidade funcional dos indivíduos e, conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida.

A ideia de que a prática de exercícios pode diminuir a ansiedade e a depressão, aumentando a autoestima e a atividade cerebral é partilhada, também, por Cardoso, Japiassú, Cardoso e Levandoski (2007). Ribeiro e Paúl (2011) concordam com os autores anteriormente mencionados, acrescentando que além de benefícios a nível psicológico, a prática de atividade física também possui vantagens sociais: promove relações sociais e comunicação; aproxima as pessoas da comunidade; fomenta a manutenção e a aquisição de funções na sociedade e, conseqüentemente, o desempenho de novos papéis sociais; e, contribui para a integração social.

No que concerne à população idosa residente em lares de longa permanência, o exercício físico é benéfico, pois os clientes vivem sem qualquer tipo de projeto ou significado pessoal, sendo que para eles o tempo parou e as horas quase não passam o que, conseqüentemente faz com que estejam sentados lado a lado sem conversar, solitários e esperando a morte (Lima, s.d.).

Ultimamente, tem sido utilizada música aliada à prática de atividade física com pessoas idosas, embora as suas vantagens não tenham fundamentação científica mas,

sim, tenham surgido da intuição e da prática dos profissionais de Educação Física (Miranda e Godeli, 2003). No entanto, deve-se ter em atenção o estilo musical eleito pelo profissional, bem como o ritmo, o nível de sonoridade e o andamento, havendo necessidade de estruturar e sistematizar melhor a função da música aquando a prática de atividade física (Miranda e Godeli, 2003).

Em relação à dança, esta permite o desenvolvimento sócio-afetivo, psicomotor, perceptivo-cognitivo, da criatividade, da independência e da liberdade, além de ser uma fonte de prazer para quem a pratica e permitir a interação entre o indivíduo e o mundo (Garcia, Glitz, Cestaro, Paz, Dias e Braz, 2009).

Brikman (1989) concorda com os autores acima mencionados no que concerne à criatividade, acrescentando outros benefícios à dança, nomeadamente: trabalha a memória, a atenção, o raciocínio e a imaginação; melhora as funções cardiovasculares, a capacidade respiratória, a expressão corporal e a autoestima; contribuiu para a desinibição e o autoconhecimento; estimula a circulação sanguínea; melhora a comunicação, possibilitando o estabelecimento de relações interpessoais; liberta tensões, reduzindo o stress e a ansiedade; permite a compreensão entre culturas diferentes; evita o sedentarismo; e permite o desenvolvimento da noção espacial e da consciência corporal.

Em suma, ao englobar conceitos e procedimentos como área de conhecimento e pesquisa e proporcionar melhorias nos campos social, emocional e cognitivo, a dança melhora o desempenho das atividades de vida diária, a autoconfiança, a autonomia e a prevenção de doenças o que, por seu lado, contribuiu para uma melhor qualidade de vida (Guimarães, Simas e Farias, 2003, *in* Garcia *et al.*, 2009).

Em relação à música, Rigo e Trapp (2008) ressaltam a importância da criação de grupos corais, pois permitem a socialização entre os participantes. Outra das vantagens do canto prende-se com o facto de ser uma atividade que pode ser praticada por pessoas com diferentes idades e estilos musicais, por prazer (Rocha, Amaral e Hanayama, 2007).

Especificando a importância da criação de grupos corais, Zanini (2003) salienta que o facto de as pessoas idosas cantarem em grupo é essencial para que reconheçam as suas potencialidades, o que permite, conseqüentemente, aumentar a autoexpressão, o autoconhecimento, a autorrealização, uma vez que cantar é a prática da expressão e da memória, por exemplo, os quais levam à espontaneidade.

Em suma, cantar sobretudo canções escolhidas pelo grupo, permite a valorização da identidade dos elementos que fazem parte do grupo coral, a valorização da autoexpressão, melhora as relações intra e inter-pessoais, amplifica a voz, revigora o aparelho fonador e, fundamentalmente, previne problemas de saúde mental, demências e perdas de memória (Zanini, 2003).

Outra atividade muito benéfica para a população idosa é a caminhada. A caminhada, especificamente, é benéfica pelo facto de ser uma atividade que sustenta o peso corporal e que pode ter diferentes intensidades, pode ser praticada em qualquer local e aumenta o contato social (Matsudo *et al.*, 2001).

Os passeios turísticos e o conhecimento de novos espaços também se tornam relevante nos programas de promoção da saúde, uma vez que aumentam a autoestima, a memória e diminuem o isolamento (Taveira e Cerchiari, 2011); mantém a pessoa idosa ativa (Babinski e Negrine, 2008); apelam à imaginação, na medida em as pessoas procuram com antecedência informações acerca do local a visitar, focando a sua atenção em pormenores como lembranças, narrativas e/ou fotografias (Marcellino, 2002); e, permitem a aquisição de conhecimentos, o enriquecimento, o desenvolvimento da sensibilidade e, sobretudo, a perceção social e experiências sugestivas (Marcellino, 2002). Desta forma, os passeios turísticos tornam-se essenciais para as relações humanas e culturais (Taveira e Cerchiari, 2001), o mesmo acontece especificamente com as viagens de grupo, referidas por Ribeiro e Paúl (2011).

Em relação ao convívio social, segundo Goyaz (2003) a existência de atividades físicas e lúdicas, de intensidade moderada, de baixo impacto, diversificadas e que considerem a memória e o conhecimento acumulado pela pessoa idosa para que a mesma possa partilhar e reviver situações que lhe dão prazer, permitem: o aumento da autoconfiança, da satisfação e do bem-estar, devido às mudanças ocorridas no estilo de vida do adulto em idade avançada e uma aproximação social.

Guedes (2006) e Ribeiro e Paúl (2011) defendem, também, a existência de experiências intergeracionais pois é através das mesmas que a pessoa idosa pode mostrar a sua singularidade, além dessas contribuírem para uma maior perceção dos jovens em relação às capacidades dos adultos em idade avançada, bem como às mudanças necessárias para que se viva plenamente, surgindo, de acordo com (Beraldo e Carvalho, 2002) como uma resposta à discriminação relativa ao envelhecimento. Desta forma, permitem a diminuição de estereótipos dirigidos às pessoas idosas e possibilitam a troca de experiências entre ambos, de modo a que se desenvolva uma identificação

parental e afetiva e a consideração das transformações existentes (Beraldo e Carvalho, 2002).

Uma dimensão que carece de maior valorização nos lares é a intergeracional; a transmissão de conhecimentos aos mais jovens é benéfica, pois a partilha e o reviver de situações que dão prazer, irá facultar uma maior aproximação social, aumentando a autoestima, a satisfação e o bem-estar das pessoas idosas (Goyaz, 2003), além de repassar saberes, conhecimentos e o resgate da memória pela reavaliação das lembranças (Beraldo e Carvalho, 2002). Ressalte-se que a transmissão de vivências não é linear, pois ambas as gerações envolvidas possuem diferentes histórias de vida que podem ser desconhecidas da outra geração, originando a co-educação (Beraldo e Carvalho, 2002).

Assim sendo, este tipo de experiências contribui para a criação de uma sociedade consciente em relação aos adultos em idade avançada. Outra das vantagens da troca de informações entre as pessoas idosas e os jovens, relaciona-se com a valorização por parte da pessoa idosa das suas experiências de vida, permitindo-lhes ter uma imagem mais real e positiva sobre si mesmos (*Ibidem*, 2002). Já em 1996, Both (in Guedes, 2006) defendia que o diálogo entre gerações melhora a consciência comunitária, englobando, desta forma, os narradores da cultura e os jovens.

Os interesses artísticos, além da música e da fotografia, por exemplo, podem estar relacionados com peças de teatro (Ribeiro e Paúl, 2011). O teatro permite a socialização entre os praticantes, desenvolve a capacidade de análise e de crítica, pela troca de ideias entre os mesmos, a imaginação e a memorização (Dolci, 2004), além de trabalhar não só os sonhos, como as recordações, as alegrias e os medos de quem está a representar (Simões, 2010).

Especificando a relevância da criação de peças de teatro com pessoas idosas, Cabornero e Mendizábal (2004) referem que estas são benéficas porque não lhes é exigido boa capacidade de memorização, uma vez que se estes se esquecerem de algum excerto, podem recorrer ao improvisado.

Embora os papéis facultados aos adultos em idade avançada contenham algumas limitações, a maior utilidade das peças de teatro com a população idosa está em proporcionar experiências divertidas e encorajar a comunicação entre os participantes e o público para o qual vão apresentar a peça (Cabornero e Mendizábal, 2004).

Sintetizando, as atividades lúdicas ou de lazer são de extrema importância, por fomentarem a interação social do adulto em idade avançada, além de permitirem o

relaxamento, a ocupação do tempo livre, a renovação de energias, a revitalização de pensamentos tanto negativos como positivos ou relacionados com a rotina, e a diminuição da angústia e da depressão (Macêdo e Macedo, s.d.).

Os programas de promoção da saúde também podem conter atividades de estimulação cognitiva. Nesse âmbito, Goyaz (2003) dá relevo à importância da integração de atividades que apelem à memória, através da estimulação cognitiva, para que a pessoa idosa aumente o seu bem-estar, a sua autoconfiança, a sua satisfação com a vida e que estabeleça mais relações sociais.

A estimulação cognitiva, por seu lado, é uma dinâmica de reabilitação cognitiva dirigida, quer aos pacientes, quer aos familiares e/ou cuidadores de forma individual ou coletiva, que tem como principal objetivo resgatar as funções comprometidas, estimular as funções cognitivas, fornecer suporte psicológico e dar informações que promovam a saúde e a socialização do cliente (Câmara, Gomes, Ramos, Moura, Duarte, Costas, Ramos, Lima, Camara, Silva, Silva, Ribeiro e Fonseca, 2009).

Para que a estimulação cognitiva seja eficaz, tem de favorecer as situações da vida diária, devendo salvaguardar que o paciente esteja atento ao que vê e ao que ouve, para que memorize (Câmara *et al.*, 2009).

A estimulação cognitiva também pode permitir aos adultos em idade avançada continuarem a realizar as atividades de vida diária que efetuavam e aumentar, consequentemente, a sua qualidade de vida, pois contribui para a independência funcional e autonomia (Ramos, 2003).

Uma das atividades que considera a memória e que visa a estimulação cognitiva e aumenta o bem-estar da pessoa idosa é a transmissão de conhecimento acumulado pela mesma pois permite a partilha e o reviver de situações que lhe dão prazer (Goyaz, 2003).

Devido ao declínio da memória subjacente ao processo natural do envelhecimento (Bernad, 2008; Soares, 2006), reconhece-se a pertinência da realização de exercícios de memória com o adulto em idade avançada, os quais otimizarão, mais especificamente, a memória episódica residual, semântica e autobiográfica (Francés, Barandiarán, Marcellán e Moreno, 2003).

Os estudos efetuados em relação ao treino da memória têm evidenciado que as pessoas idosas têm capacidade, quer de aprender, quer de empregar estratégias mnemónicas, o que implica que consigam gravar e evocar informações novas de forma mais eficaz (Yassuda, Tavares-Batistoni, Fortes, e Neri, 2006, *in* Carvalho, Neri e

Yassuda, 2010), pressupondo-se a noção de plasticidade da memória no envelhecimento (Verhaeghen, Marcoen, e Goossens, 1992, *in* Carvalho, Neri e Yassuda, 2010, p. 317).

Ball, Berch, Helmers, Jobe, Leveck, Marsiske *et al.* (2002) realizaram um estudo com o intuito de verificar a eficácia dos treinos cognitivos, no qual participaram aproximadamente 2800 adultos em idade avançada, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos, os quais eram independentes na realização de atividades de vida diária (AVD) e tinham um bom *status* cognitivo. Aquando o seu estudo, os autores comprovaram que 11 sessões de treino cognitivo melhoraram, numa parcela representativa dos participantes, habilidades como a velocidade de processamento, o raciocínio indutivo e a memória.

Segundo Bottino, Carvalho, Alvarez, Ávila, Zukauskas, Bustamante, Andrade, Hototian, Saffi e Camargo (2002), nas sessões de treino cognitivo podem ser realizadas associações verbais, multisensoriais (integrando as informações visuais e verbais), rimas, histórias, leitura e compreensão de textos, para que os objetivos sejam alcançados. Ribeiro e Paúl (2011) também são apologistas da leitura, incluindo também como atividades de estimulação cognitiva a procura de letras e de símbolos, os anagramas, o agrupamento e associação de informação e a utilização do computador, especificando a internet para pesquisa de informação e para conhecimento de novas pessoas, opinião partilhada por Bernad (2008).

As técnicas de memorização recorrem a cores, calendários (dias da semana, mês e dias do mês), relógios (hora), além de se poder explorar os temas do quotidiano (Câmara *et al.*, 2009).

De Vreese, Belloi, Iacono, Finelli e Neri realizaram, em 1998, uma investigação com dois grupos de pessoas idosas: o primeiro formado por 30 indivíduos com queixas subjetivas de memória e o outro por 20 adultos em idade avançada com queixas subjetivas e objetivas de memória (declínio da memória episódica verbal sem repercussões nas atividades de vida diária). Os grupos foram submetidos a sessões de treino de memória com duração de 90 minutos, uma vez por semana, por um período de três meses (Ávila e Miotto, 2002). O treino efetuado pelos autores combinava várias técnicas mnemónicas e estratégias de aprendizagem estruturadas, a fim de obter efeitos psicoterapêuticos e pedagógicos. No final do tratamento, verificou-se que os sujeitos que tinham também queixas objetivas de memória tiveram maior benefício dos treinos e que os ganhos qualitativos eram maiores do que os quantitativos.

Bottino *et al.* (2002) avaliaram os resultados de um programa de estimulação cognitiva para pessoas idosas com demência, no qual 29 foram submetidas a dez sessões de estimulação durante cinco semanas, sendo comparadas a 27 não estimuladas, que foram utilizadas como grupo de controlo. As avaliações feitas na primeira e na sétima semana, mostraram uma melhoria significativa no MMSE ( $p < 0,01$ ), no Teste de Memória Verbal ( $p = 0,09$ ) e numa bateria neuropsicológica adicional ( $p < 0,01$ ). Os resultados obtidos em adultos em idade avançada com demência de Alzheimer leve a moderada sugerem que as técnicas de reabilitação cognitiva podem auxiliar na estabilização e melhoria dos défices cognitivos e funcionais.

#### **1.4.1. Reabilitação cognitiva em pessoas idosas**

Outras dinâmicas de reabilitação cognitiva, além da estimulação cognitiva, dirigidas quer aos pacientes quer aos familiares e/ou cuidadores de forma individual ou coletiva, são as técnicas comportamentais, a terapia de orientação para a realidade, a terapia de reminiscências e a teoria de validação (Câmara *et al.*, 2009).

As técnicas comportamentais partem de trabalhos experimentais para defender que o comportamento<sup>4</sup> sofre influência das circunstâncias nas quais as pessoas se encontram (Wilson, 1996; Krasner, 1971 in Câmara *et al.*, 2009, p. 27), o que pressupõe que tanto as respostas comportamentais como as respostas emocionais podem ser condicionadas por determinados estímulos que induzem uma determinada resposta (Câmara *et al.*, 2009).

As intervenções de cariz comportamental visam aumentar ou diminuir as probabilidades de um comportamento se repetir, tendo como base os conhecimentos e as expectativas do cliente, bem como atividades positivas e desejáveis de modo a aumentar a motivação do mesmo envolvendo, assim, o reforço positivo, o reforço negativo, o não-reforço frustrante e a punição (*Ibidem*, 2009).

A terapia de orientação para a realidade, por seu lado, foi desenvolvida por James Folson em 1968 e tem como principal objetivo reduzir a desorientação e a confusão no

---

<sup>4</sup> Resposta a um estímulo ou estímulos, a qual é influenciada por muitas variáveis, inclusive a percepção do indivíduo acerca da situação em que se encontra, das suas aprendizagens e das suas experiências passadas, bem como do contexto étnico, cultural, geográfico e educacional do mesmo (Krasner, 1971, in Câmara *et al.*, 2009, p. 27).

adulto em idade avançada, bem como prevenir o enfraquecimento da memória (Ávila e Miotto, 2002).

Para que tal seja possível, é necessário orientar o paciente no tempo e no espaço, trabalhando sempre por meio de pistas ou auxílios externos, recordar o dia do mês, o ano, e o local onde está (Ávila e Miotto, 2002). Para o efeito, segundo Câmara *et al.* (2009) deve-se recorrer a atividades que façam alusão a nomes, ambientes e calendários, por exemplo, os quais permitem uma conexão com o passado.

Esta técnica é geralmente realizada em pequenos grupos, com o auxílio de material audiovisual, reforçando aspetos como datas, horas e nomes, por exemplo. Aquando a sua concretização, pretende-se que todos os elementos do grupo se sintam integrados, e que se usem técnicas de estimulação sensorial, a linguagem não-verbal e o treino cognitivo, com atividades adequadas às suas dificuldades (Francés *et al.*, 2003; Bottino *et al.*, 2002).

A terapia de reminiscência é uma das técnicas psicológicas que permitem a estimulação cognitiva do adulto em idade avançada, sendo o seu principal objetivo estimular a recordação de informações passadas através de figuras, fotografias, imagens, músicas, jogos e outros estímulos relacionados com a juventude do mesmo (Penã-Casanova, 1999).

Ao ser utilizada para recordar emoções vividas no passado, esta técnica pode aumentar a socialização e o entretenimento dos indivíduos que a praticam (Bottino *et al.*, 2002), pois é um trabalho geralmente realizado em grupo que se concretiza, pelo menos, uma vez por semana para que os resultados sejam satisfatórios (Francés *et al.*, 2003). No entanto, este tipo de terapia também pode ser realizado de forma individual, o que aumenta a atenção disponibilizada à pessoa idosa e uma maior adaptação do ritmo e conteúdo das conversas à mesma (Penã-Casanova, 1999).

A técnica de validação surgiu devido à insatisfação com os resultados verificados na terapia para a realidade em pacientes que apresentavam distúrbios de memória, tendo sido desenvolvida por Naomi Feil, e utilizada por Maslow e Erikson, com vista ao aumento da atenção por parte do adulto em idade avançada, bem como do seu autocontrolo, da autoestima e do envolvimento no contexto natural a que pertence (Câmara *et al.*, 2009).

A validação é feita de modo lúdico e muitas das suas funções são realizadas pela própria pessoa idosa, podendo esta assinalar, no início das sessões, a data em que se

encontra, ou apresentar-se às demais pessoas, estabelecendo, assim, uma comunicação mais significativa (*Ibidem*, 2009).

Embora a estimulação cognitiva possa ser aplicada individualmente, também pode ser realizada em pequenos grupos, visto ser uma experiência de aprendizagem particular que permite aos participantes, não só, tomarem consciência quer das dimensões intrapsíquicas, quer das dimensões relacionais referentes ao funcionamento humano, como facilita a aquisição de novas formas de pensar, sentir e relacionar com as outras pessoas (Serra, 2004).

Desta forma, Serra (2004) defende que o trabalho em grupo permite a estimulação de três dimensões do funcionamento psicológico humano, a saber: a dimensão emotivo-afetiva, a dimensão cognitiva e a dimensão experiencial.

Outra vantagem da realização de jogos psicológicos em grupo prende-se com o facto de estes serem propícios na ativação de processos dinâmicos dentro do próprio grupo, uma vez que: existem regras e prescrições que são necessárias para a orientação do comportamento dos elementos pertencentes ao grupo; e faculta um espaço lúdico que facilita o relacionamento interpessoal (Serra, 2004). Há, no entanto, que ter atenção ao tamanho do grupo, ao género de atividades a propor e às características pessoais de cada um dos participantes para que o trabalho tenha sucesso, o que implica que antes de cada atividade seja realizada uma entrevista a cada um dos participantes (*Ibidem*, 2004).

Torna-se também pertinente conhecer os interesses dos participantes para que as atividades a desenvolver motivem os implicados. De seguida, ter-se-á de ter em conta a relevância social da atividade, de modo a que o indivíduo possa atribuir sentido às suas ações, o que tornará possível a autorrealização (Caldas, 2002).

Ao dar relevo às características pessoais de cada cliente e aos seus interesses, está-se a contribuir para o denominado *empowerment*, segundo o qual se deve identificar, facilitar ou criar contextos nos quais as pessoas isoladas ou silenciadas possam expor as suas opiniões, tendo influência nas decisões que lhes dizem diretamente respeito e que afetam a sua vida (Ornelas, 2007).

A construção do grupo também deve ter em conta o equilíbrio entre a homogeneidade e a heterogeneidade abordando-se, para isso, critérios como a idade, o sexo, o quociente intelectual e a personalidade (Serra, 2004). Em relação ao número de participantes de cada grupo psicoterapêutico e à duração e ao local de cada atividade, este autor recomenda que não deve exceder 10 pessoas, variando entre 8 e 10, a atividade deve ser realizada uma vez por semana, tendo a duração de uma hora e meia

ou duas horas, sendo que os trinta minutos iniciais são utilizados para “aquecer” e, deve ser realizada numa sala específica para atividades de grupo.

A sala para as atividades de grupo deve possuir cadeiras simples, cómodas e dispostas em círculo, sendo que cada participante deve sentar-se no lugar que pretender devendo ter-se especial atenção à mudança de posição da primeira sessão para a segunda, pois pode indicar uma mudança de atitude, sobretudo se a pessoa se sentar na segunda sessão junto da porta, enquanto na primeira sessão se encontrava num local mais afastado (Serra, 2004).

Ao combinarem um conjunto de técnicas clássicas de reabilitação, entretenimento, aprendizagem e atividades pedagógicas e psicoterapêuticas, os programas de promoção da saúde contam com a participação de profissionais de diversas áreas do conhecimento, tais como enfermeiros, psicólogos, médicos e fisioterapeutas (Pereira, Britto, Valadares e Ferreira, 2004), os quais salvaguardam que as mesmas sejam programadas e realizadas de forma gradual tendo em conta as potencialidades e as limitações de cada pessoa idosa (Goyaz, 2003). Há que ter em atenção que cada caso deve ser ponderado individualmente, pois para algumas pessoas idosas a felicidade ou satisfação para com a vida pode derivar da ação e dos fatores socioeconómicos e contextuais, enquanto para outras pode estar mais relacionada com fatores mais pessoais (Barros, 2004).

Cabe ao psicólogo avaliar previamente as necessidades do grupo-alvo; avaliar, sistematicamente, os resultados obtidos, tendo em conta os objetivos que foram delineados; dinamizar as parcerias necessárias para que o indivíduo se envolva na comunidade; ter um discurso adequado ao público-alvo e mensagens preventivas adequadas às características do desenvolvimento quer psicológico quer social dos destinatários e à credibilidade das fontes de transmissão da informação (Teixeira, 2007).

Além disso, antes de qualquer intervenção, o psicólogo deve identificar as estratégias comportamentais utilizadas pelos indivíduos do grupo-alvo para lidarem com as ameaças para a sua saúde (Teixeira, 2007).

Constata-se, assim, que a autonomia, a independência, a boa saúde física, o desempenho de diversos papéis sociais influenciam a qualidade de vida dos indivíduos (Rabelo e Neri, 2005), e que os programas de promoção da saúde contribuem para assegurar um envelhecimento ativo, o qual contribui para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas (Guiomar, 2010).

Existem, ainda, diversas técnicas que visam proporcionar bem-estar aos clientes, às famílias e aos profissionais das instituições, em geral (Amber, 1983), entre as quais

as denominadas técnicas alternativas à Psicologia, que se valem de recursos explicativos e não se confundem com as utilizadas pelas teóricas científicas (Gauer, Souza, Molin e Gomes, 1997). Estas técnicas denominam-se de terapias alternativas/ complementares, especificando-se dentro do elevado leque, a *cromoterapia* ou *colorterapia*, pelo emprego de diferentes cores (Amber, 1983). As cores têm demonstrado ter grande influência no ambiente, modificando-o, animando-o ou transformando-o, de maneira a alterar a maneira como as pessoas comunicam e as suas atitudes (Boccanera, Boccanera e Barbosa, 2006).

A utilização das cores<sup>5</sup> para fins curativos é um processo não agressivo, não traz malefícios e não causa efeitos colaterais ao organismo e, para que as cores consigam influenciar o ambiente, podem ser utilizadas lâmpadas coloridas, objetos decorativos coloridos e através de cores que transmitem a harmonia e se possam utilizar nas paredes, no piso e no teto, embora se tenha de ter em atenção o tipo de cor que se utiliza (Boccanera, Boccanera e Barbosa, 2006).

Em suma, as terapias alternativas comportam propriedades terapêuticas que contribuem para o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dos indivíduos em geral.

---

<sup>5</sup> As cores monótonas ou que lembram doenças e morte podem influenciar os indivíduos quer a nível físico, quer a nível emocional e psicológico (Boccanera, Boccanera e Barbosa, 2006). Como as cores estão relacionadas com os nossos sentimentos, influenciando a maneira como agimos, os estudiosos atribuíram significados às cores primárias (amarelo, vermelho e azul) e às cores secundárias (laranja, violeta, verde e rosa) (Azevedo, Santos e Oliveira, s.d).

Especificando as cores primárias, o amarelo é uma cor estimulante, quente e relacionada com vivacidade e luminosidade, sugerindo proximidade e sendo propícia a locais nos quais é necessário um maior nível de concentração, uma vez que atua no sistema nervoso central (SNC), sendo também eficaz para evitar a depressão e estados de angústia; o vermelho também se trata de uma cor estimulante, estando associada a dinamismo, entusiasmo e ação, embora possa relacionar-se com situações de violência, irritabilidade e inquietude quando utilizada em excesso; e, o azul está ligado a fé, confiança, integridade, delicadeza, pureza e paz na cultura ocidental, pese que o azul-escuro associa-se a frieza e formalismo (Azevedo *et al.*, s.d).

Em relação às cores secundárias, o cor-de-laranja caracteriza-se por ser uma cor estimulante e transmite vitalidade estando, por isso, relacionada com ação, entusiasmo e força; a violeta, por seu lado, embora sugira proximidade e um maior contato com sentimentos relacionados com a espiritualidade, se utilizada em excesso pode despoletar melancolia e depressão; o verde, este transmite sensação de paz e de bem-estar, estando relacionado com tranquilidade, no entanto, os tons escuros tendem a deprimir; e, o rosa é uma cor que aquece, acalma e relaxa, estando mais relacionada com o sexo feminino, pois está ligada à delicadeza e à fragilidade. O teto deve ser branco, para proporcionar melhor reflexão e, as diversas áreas nos ambientes de longa permanência devem ter cores tranquilizantes diferentes, para evitar situações de excitação (*Ibidem*, s.d).

\*\*\*

Em síntese, a literatura é consensual na definição do conceito de pessoa idosa, pois o envelhecimento é um processo dinâmico marcado por transformações psicológicas, biológicas e sociais, mais ou menos profundas, as quais podem originar a institucionalização da pessoa idosa devido ao grau de dependência por estas manifestado.

A institucionalização tem sido retratada como um fator desencadeador do isolamento social, o que condiciona o sentimento de pertença e, conseqüentemente, afeta a qualidade de vida do adulto em idade avançada.

Vários estudos demonstram importância de um leque de atividades de lazer e de estimulação cognitiva para que a qualidade de vida dos indivíduos, sobretudo os institucionalizados, seja salvaguardada, designadamente os programas de promoção da saúde e as técnicas de reabilitação cognitiva.

Assim, torna-se necessária a presença de psicólogos nas instituições que promovam programas de educação, programas de planeamento do ambiente e programas de promoção da saúde, com vista a um envelhecimento ativo, oferecendo um leque variado de atividades de estimulação física e cognitiva bem como a promoção da interação social.

## **CAPÍTULO II**

# **BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NAS PESSOAS IDOSAS**

Atualmente, os estudos acerca do bem-estar psicológico obrigam-nos, desde já, a antecipar a sua indissociabilidade dos contextos familiar e social, assim como a sua relação com a saúde, a espiritualidade e as características de personalidade.

Neste sentido, como principais pontos de reflexão e análise concetual deste capítulo, privilegamos a identificação das condições necessárias para um envelhecimento bem-sucedido e ativo e os fatores que influenciam o bem-estar psicológico das pessoas idosas e explanamos, igualmente, o modelo de bem-estar psicológico de Carol Ryff (1989) constituído por seis dimensões: a auto-aceitação, as relações positivas com os outros, a autonomia, o domínio do ambiente, o sentido da vida e o crescimento pessoal

## **2.1. Do bem-estar ao bem-estar psicológico: abordagens e investigações**

O estudo do bem-estar remonta à Grécia antiga, sendo alvo de atenção por parte de filósofos entre os quais Aristóteles (Siqueira e Padovam, 2008).

Ryan e Deci (2001) para o conceito de bem-estar recorrem à visão aristotélica da felicidade que tinha duas aceções, isto é, a abordagem hedónica, segundo a qual o bem-estar depende da obtenção do máximo prazer, evitando a dor, e a abordagem eudaimónica, na qual o bem-estar é visto em termos de funcionamento psicológico positivo. Estas duas abordagens, por seu lado, visam estudar conceitos diferentes: enquanto a primeira estuda a felicidade, a segunda estuda o significado e a realização pessoal.

Outra diferença entre as duas, prende-se com a perspetiva hedónica definir o bem-estar como a ocorrência de afeto positivo e a ausência de afeto negativo, enquanto a eudaimónica centra-se na vivência humana completa (Ryan, Huta e Deci, 2008).

O conceito de felicidade e a tentativa da sua decifração deram origem ao conceito de bem-estar (BE), inicialmente associado a estudos relacionados com economia, tendo sido, por este motivo, expresso como Bem-estar Material (*Welfare*) (Galinha e Pais Ribeiro, 2005). O bem-estar material, como realça Novo (2003), não seria mais do que a avaliação que a pessoa fazia em relação à influência que os bens e serviços exerciam sobre o seu bem-estar.

As medidas subjetivas de bem-estar e satisfação foram incluídas pela primeira vez por Fairweather, Sanders, Maynard e Cressler (1969, *in* Neri, 2007a, p. 62) numa

pesquisa de campo que tinha como principal objetivo verificar o impacto de um programa de tratamento comunitário nos Estados Unidos. A inclusão das medidas subjetivas de bem-estar e satisfação permitiu que, a partir dos anos 1970 os pacientes avaliassem os profissionais de saúde em relação aos resultados das intervenções às quais eram submetidos (Neri, 2007a).

Os conceitos de bem-estar objetivo (BEO) e de bem-estar subjetivo (BES) derivaram da junção dos aspetos objetivos já aceites na área da saúde com os subjetivos, originando a necessidade de serem criados dois componentes para a qualidade de vida (Pereira e Engelman, 1993, *in* Rodrigues e Pereira, 2005 p. 184). O bem-estar objetivo, possui dois sub-componentes, nomeadamente o bem-estar económico, relacionado com os salários dos indivíduos e o bem-estar sociodemográfico, o qual diz respeito à residência, à saúde, à alimentação, à educação e ao lazer, entre outros aspetos da vida (Rodrigues e Pereira, 2005). O conceito de bem-estar subjetivo surgiu nos finais dos anos 1950, aquando a procura de indicadores da qualidade de vida, para se proceder a mudanças sociais e à implementação de políticas sociais (Novo, 2005).

A partir da última década do século XX, o bem-estar subjetivo foi reconhecido como importante para a ciência, no âmbito da investigação e da intervenção social e clínica (Novo, 2005).

Os estudos em torno do bem-estar subjetivo levaram à especificação de quatro aspetos centrais do mesmo, que no entender de Neri (2007a) são os seguintes: i) o primeiro aspeto salienta que o bem-estar subjetivo resulta de experiências individuais, não tendo em conta nem a saúde, nem o conforto ou a riqueza; ii) o segundo aspeto realça que a avaliação do bem-estar subjetivo compreende a saúde física e mental, as relações sociais e a espiritualidade; iii) de acordo com o terceiro aspeto, o bem-estar subjetivo compreende afetos, tanto positivos (AP) como afetos negativos (AN); iv) por último, o bem-estar subjetivo compreende a satisfação com a vida, o que compreende que o mesmo seja constituído por uma componente emocional e por uma componente cognitiva (Neri, 2007a).

A dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida, é a que se demonstra mais estável visto os afetos serem, muitas vezes, resultado de eventos situacionais (Neri, 2007a).

A autoestima é um dos compostos dos afetos positivos que fazem parte da dimensão emocional e é considerada como sendo um conceito psicológico que tem como principal propósito representar a saúde mental, uma vez que inclui uma auto-

avaliação do indivíduo no que concerne ao reconhecimento que este faz do seu valor e das suas características positivas e negativas (Siqueira e Padovam, 2008).

Além da autoestima, os afetos positivos também são constituídos pela auto-aceitação, a auto-imagem e o auto-respeito, podendo ser a extensão na qual as pessoas se demonstram entusiasmadas, ativas e em estado de alerta para as mais diversificadas situações (Siqueira e Padovam, 2008).

Contrariamente, os afetos negativos são considerados uma dimensão geral das situações vivenciadas sem que o indivíduo obtenha prazer, incluindo, por isso, várias sensações negativas como o desespero, o medo (Siqueira e Padovam, 2008), a raiva, a culpa (Siqueira e Padovam, 2008; Bernad, 2008), a tristeza e a vergonha (Bernad, 2008).

A necessidade de encontrar uma explicação para a relação entre as duas componentes do Bem-estar Subjetivo (BES) levou ao surgimento de dois modelos psicológicos: os modelos ascendentes, ou *bottom-up* e os modelos descendentes ou *top-down* (Giacomoni, 2004).

Os modelos ascendentes têm como objetivo identificar todos os fatores externos prazerosos que afetariam a satisfação com a vida e a felicidade, tais como as experiências diárias relacionadas com os afetos positivos e com os afetos negativos (Giacomoni, 2004), ou seja, quanto mais momentos e situações prazerosas a pessoa experimentar, maior será o seu grau de satisfação. Por seu lado, nos modelos descendentes, de acordo com Giacomoni (2004), cada pessoa tem uma predisposição “para interpretar as situações, as experiências de vida, de forma tanto positiva quanto negativa, e essa propensão influenciaria a avaliação da vida” (p. 45) o que, segundo Neri (2007a), é um indicador de que a personalidade influencia o bem-estar subjetivo.

Assim, o último aspeto central do bem-estar subjetivo relaciona-se com o anteriormente exposto, na medida em que refere existir uma relação entre as avaliações subjetivas da qualidade de vida e a personalidade<sup>6</sup> (Neri, 2007a).

Nos anos 80, devido à grande utilização do conceito de bem-estar subjetivo desencadeou-se uma diversidade de opiniões relativamente ao mesmo (Galinha e Pais Ribeiro, 2005). Foram, assim, apontadas várias críticas apontadas à fragilidade das formulações do BES e aos estudos relativos à infelicidade e ao sofrimento, uma vez que estes negligenciavam quer as causas quer as consequências do funcionamento positivo

---

<sup>6</sup> Conjunto de predisposições biológicas que influenciam quer o nível de alerta, excitabilidade, a intensidade, quer a qualidade das respostas emocionais do indivíduo (Neri, 2007a).

(Siqueira e Padovam, 2008). A primeira crítica relaciona-se com o estudo de Bradburn (1969), enfatizando que a falta de atenção suficiente à compreensão do bem-estar seria prejudicial para o conceito de bem-estar subjetivo (Siqueira e Padovam, 2008). Além disso, só após ocorrerem deslocamentos do conceito no campo sociológico é que a satisfação com a vida foi considerada como sendo um componente cognitivo do bem-estar subjetivo, embora não tenha assento teórico consistente na área da Psicologia (Siqueira e Padovam, 2008).

Ryff (1989) e Ryff e Keyes (1995) referem outro argumento que sustenta as proposições do bem-estar subjetivo, afirmando que existem diversas teorias segundo as quais se podem construir concepções sólidas acerca do funcionamento psíquico as quais, por seu lado, enfatizam os seus aspetos positivos no campo da Psicologia.

### **2.1.1. Bem-estar psicológico: Modelo de Ryff**

A inexistência de consenso e as críticas apontadas ao conceito de bem-estar subjetivo implicaram a separação de duas perspetivas do conceito de bem-estar (BE): o Bem-estar Subjetivo (BES) e o Bem-estar Psicológico (BEP) (Siqueira e Padovam, 2008).

Carol Ryff (1989) criou um modelo multidimensional de seis componentes para o conceito de bem-estar psicológico, o qual foi reorganizado e reformulado por Ryff e Keyes (1995), designadamente: a auto-aceitação, o estabelecimento de relações positivas com outras pessoas, a autonomia, o domínio do ambiente, o sentido da vida (a razão de viver) e o crescimento pessoal.

A dimensão de *autoaceitação* é central no conceito de bem-estar, segundo a qual as pessoas tentam aceitar-se, embora tenham consciência das suas limitações (Keyes, Shmotkin e Ryff, 2002).

Manter *relações positivas com os outros* é também uma das seis componentes do bem-estar psicológico, pois todo o ser humano sente necessidade de poder confiar em outrem, a quem designa de amigo. Ao utilizar a sua capacidade de amar os outros, os indivíduos estão a contribuir, segundo Ryff (1989b, *in* Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle, e Dierendonck, 2006, p. 573), para a sua saúde mental. Neste âmbito, os diversos estudos efetuados nas últimas décadas (eg.: Morris e Kraus, 1998, *in* Díaz *et al.*, 2006) referem que, quer o isolamento social, quer a

solidão e a perda de apoio social, aumentam o risco de uma pessoa ser portadora de uma determinada doença fazendo, muitas vezes, com que o tempo de vida do indivíduo seja menor.

No que concerne à *autonomia*, esta relaciona-se com o facto de as pessoas terem de se reger segundo as suas próprias convicções, ou seja, têm de ser auto-determinadas e manter a sua independência e autoridade pessoal para que possam sustentar a sua individualidade nos mais diversos contextos sociais (Ryff e Keyes, 1995). Quanto mais autónoma for a pessoa, mais capacidade tem para enfrentar as pressões sociais, sendo capaz de autorregular de forma mais eficaz os seus comportamentos (Ryff e Singer, 2002).

O *domínio do ambiente*, por seu lado, salienta a necessidade de a pessoa ser capaz de criar condições que favoreçam a satisfação das suas necessidades e desejos (Díaz *et al.*, 2006). Ao pôr em prática tal capacidade, o indivíduo vai sentir, ter um maior controlo sobre o mundo, sentindo-se capaz de interferir nos aspetos que menos lhe agradem na sociedade (Díaz *et al.*, 2006). O *locus* de controlo (LC) caracteriza-se pelas inferências causais que as pessoas atribuem e às suas consequências (Rodrigues e Pereira, 2007).

A penúltima componente prende-se com o *sentido de vida* (a razão de viver), ou seja, é necessário o estabelecimento constante de objetivos e metas para que o indivíduo sinta ter um propósito para continuar a viver (Díaz *et al.*, 2006).

Finalmente, a última componente do modelo de Ryff (1989, reformulado por Ryff e Keyes, 1995) é o *crescimento pessoal*, que implica que o indivíduo tenha de desenvolver as suas potencialidades para que continue a acreditar nelas e para que consiga elevar ao máximo as suas capacidades pessoais (Keyes, Shmotkin e Ryff, 2002).

Todas estas dimensões do bem-estar psicológico, segundo Ryff (1989), representam o funcionamento psicológico abrangendo áreas individuais como a perceção do indivíduo em relação a si mesmo e a perceção que o indivíduo tem em relação aos outros no que respeita às dimensões temporais do passado, do presente e do futuro.

### **2.1.2. Bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico nos adultos em idade avançada**

Como já mencionado anteriormente, existem duas perspetivas de bem-estar, uma que aborda o estado subjetivo de felicidade, denominada de bem-estar subjetivo e outra que investiga o potencial humano, designada de bem-estar psicológico (Ryan e Deci, 2001).

As investigações apontam para que o desenvolvimento económico do país, a oferta e acessibilidade a serviços de educação e sanitários, as condições de trabalho e os estatutos públicos de liberdade, não possam ser considerados fatores explicativos e definidores do bem-estar psicológico nas pessoas idosas (Bernad, 2008).

Por seu lado, de acordo com Ramos, Paixão e Simões (2011), os principais preditores do bem-estar psicológico encontrados nas diversas investigações, prendem-se com a autonomia, a competência e o relacionamento. Os mesmos autores defendem, ainda, que os estudos relatam que a satisfação global com a vida depende da satisfação em determinados domínios da vida do indivíduo, tais como o académico e social, por exemplo, e das expectativas de resultado e, que a satisfação dos vários domínios relaciona-se com os objetivos valorizados pela pessoa.

Outros dois factos constatados nas investigações prendem-se com: as expectativas de autoeficácia, os objetivos, a satisfação nos diversos domínios e autonomia e as relações de vinculação sofrerem influência por parte dos recursos e das barreiras existentes no meio ambiente; e, a autonomia ser influenciada pelas expectativas de autoeficácia, os objetivos, a satisfação nos diversos domínios e a satisfação com a vida (Ramos, Paixão e Simões, 2011).

Fatores subjetivos ou individuais como o sexo, a idade, a saúde, o nível cultural, as amizades, os traços de personalidade (sobretudo a extroversão, o otimismo, a autoestima, as tendências anti-depressivas, o controlo das emoções, a visão realista do passado, a capacidade e flexibilidade de adaptação a novas culturas e a novas situações), a valorização do apoio social recebido e as crenças religiosas foram considerados influências decisivas no bem-estar psicológico das pessoas idosas (Bernad, 2008).

As investigações na população idosa que incidem especificamente sobre o bem-estar subjetivo têm o intuito de verificar que variáveis contribuem para o mesmo na adultez em idade avançada (Diener e Suh, 1997).

Neste seguimento, Neri (2007a) procedeu ao estudo do bem-estar subjetivo em pessoas idosas, relatando as suas conclusões no seguinte quadro, representado na Figura 2.

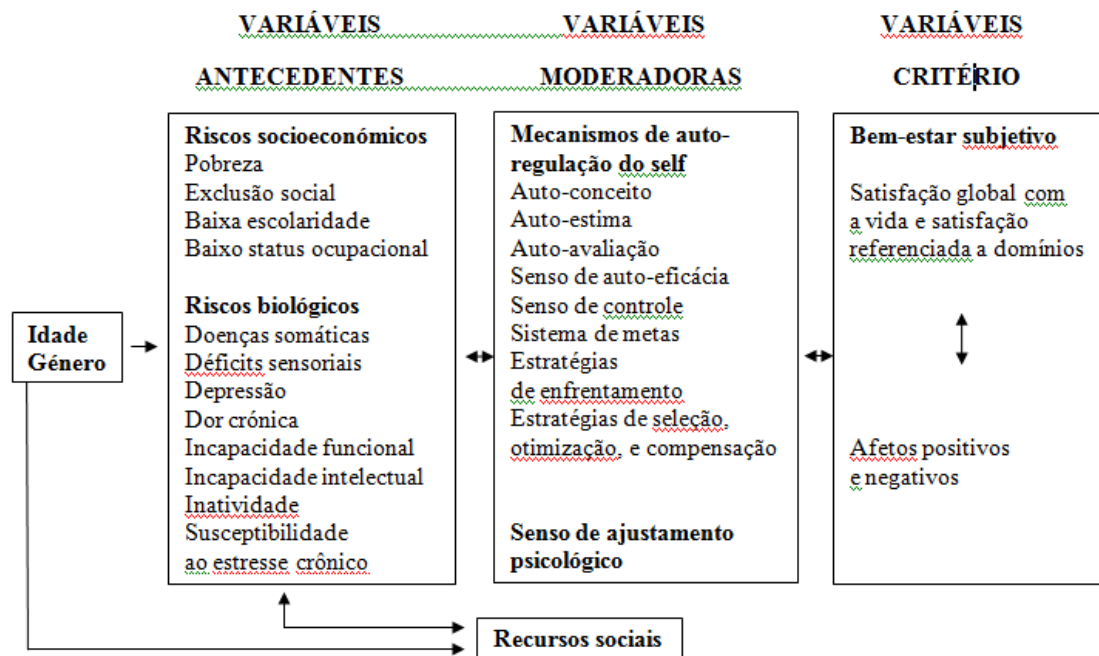


Figura 2. “Variáveis envolvidas na determinação do bem-estar subjetivo na velhice” (In: Neri, 2007a, p. 15).

Diener e Suh (1997) também se debruçaram sobre o bem-estar subjetivo, tendo retirado as seguintes conclusões dos seus estudos:

1. Os eventos subjetivos manifestaram surtir um maior efeito no bem-estar subjetivo das pessoas idosas, em detrimento dos eventos objetivos (eg.: pensão e saúde física).
2. O declínio ao nível da saúde, da situação conjugal e da pensão com o aumento da idade, não implica a diminuição do bem-estar subjetivo.
3. Os adultos em idade avançada tendem a avaliar de forma mais positiva a sua qualidade de vida do que os adultos jovens, o que se pode dever ao maior facilitismo das sociedades atuais, que não lhes permite valorizar mais o prazer e a satisfação pessoal. Por outro lado, os estudiosos também associam tais dados ao facto de as pessoas idosas manifestarem maior resistência à frustração ou apenas aprenderem a direcionar os seus objetivos para alvos mais relevantes.
4. As pessoas idosas têm expectativas mais baixas do que os jovens, quer a nível da realização, quer a nível de prazer, o que deriva do ajustamento que as

mesmas fazem às suas metas e aos seus recursos e competências, o que nós já descrevemos anteriormente como *efeito da positividade*.

5. Os afetos positivos diminuem nas pessoas em idade avançada pela elevada presença de doenças e de incapacidades, que condicionam o acesso a situações geradoras de prazer e situações propícias ao envolvimento nas questões sociais.
6. Não se verifica um aumento das emoções negativas nos adultos em idade avançada quando se verifica uma diminuição das experiências prazerosas, facto que não ocorre nos mais jovens.
7. Como as pessoas idosas já não conseguem responder de forma tão intensa aos acontecimentos experienciados, o facto de restringirem as experiências emocionais funciona como um mecanismo de adaptação.
8. Constata-se que os índices de emoções positivas não diferem em grande escala entre as populações mais jovens e as pessoas idosas, embora nos últimos se verifique uma diminuição dos afetos positivos.
9. Comparando homens e mulheres em idade avançada, verifica-se que as mulheres apresentam níveis de satisfação global mais baixos relativamente aos homens.

Relativamente às questões de género e às questões de satisfação com a vida, Neri (2007a) encontrou menos satisfação global para com a vida em mulheres idosas, e explica que embora estas se manifestem socialmente mais ativas e vivam mais anos que os homens, a diminuição de satisfação deve-se ao facto das mulheres idosas terem maior suscetibilidade de manifestarem doenças, dores crónicas, risco de quedas, incapacidade funcional e depressão, e possuírem mais responsabilidade no que concerne ao cuidado de outras pessoas idosas (Neri, 2007a). A autora afirma, porém que as taxas de maior insatisfação global com a vida se verificam em pessoas com mais de 85 anos, com piores índices de saúde percebida e, em situação quer de viuvez, quer de institucionalização.

Também o estado civil e o tipo de relações sociais estabelecidas com os outros influenciam o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico, verificando-se que as pessoas casadas apresentam uma melhor saúde física e psicológica e vivem mais tempo quando comparadas às pessoas solteiras (Medeiros, 2012; Bernad, 2008; Burman e Margolin, 1992, *in* Passareli e Silva, 2007) e que, quanto mais grupos de amigos e

relações fortes se estabelecerem com estes, melhor será o bem-estar subjetivo (Diener e Seligman, 2004).

Contrariamente existem estudos que levaram os autores a constatar que o género, o estado civil, a raça, a educação e a pensão, ou seja, os fatores demográficos, não exercem praticamente nenhuma influência no bem-estar subjetivo (Guedea, Albuquerque, Tróccoli, Noriegad, Seabrae e Guedea, 2006).

Pesquisas diversas apontaram que outros fatores associados a maiores índices de felicidade, são a situação económica (Bernad, 2008) e o comprometimento com a fé, através da religiosidade, tendo-se concluído que as pessoas que se consideram religiosas ou espiritualistas evidenciam maiores índices tanto de felicidade como de satisfação com a vida (Moreira-Almeida, Neto e Koenig, 2006; Argyle, 2001).

Os indivíduos religiosos ou espiritualistas parecem lidar melhor com as situações mais adversas pelas quais passam ao longo da vida, tais como situações de desemprego, de luto e doenças (McIntosh, Silver e Wortman, 1993, *in* Ferraz *et al.*, 2007, p. 237), têm menos probabilidade de sofrer de transtornos psiquiátricos, tais como a depressões, pensamentos e comportamentos suicidas e uso ou abuso de álcool ou outras substâncias psicoativas (Moreira-Almeida *et al.*, 2006).

Um dos motivos relatados para a associação entre a religiosidade ou espiritualidade, a felicidade e a satisfação com a vida, prende-se com o facto de a espiritualidade permitir às pessoas encontrarem um rumo e um propósito para as suas vidas, uma vez que lhes permite responder a um conjunto de questões que originam angústia e infelicidade (Watson, 2000). Outro motivo deve-se à diminuição do sentimento de solidão e, conseqüentemente, do aumento de felicidade advindo da participação dos indivíduos em ritos nos quais existe uma congregação dos fiéis (*Ibidem*, 2000).

Também se constata índices mais elevados de felicidade em nações mais ricas do globo (Ingleman e Klingemann, 2000), tais como a América do Norte, a Austrália, a Europa Ocidental e o Japão, o que não se verifica em regiões mais pobres, nomeadamente a África e a Ásia (Ferraz *et al.*, 2007), mas não há total unanimidade nas conclusões destes estudos.

As variáveis de personalidade também têm sido estudadas na sua relação com o bem-estar. Estudos há que concluem que o otimismo está relacionado com o bem-estar (Medeiros, 2012; Bernad, 2008), com a autoestima (Bernad, 2008), com o índice de satisfação com a vida (Chang, 1998, *in* Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007, p. 239) e

com a saúde (boa) (Scheier, Matthews, Owens, Schulz, Bridges, Magovern, Carver, 1999, *in* Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007, p. 239).

O otimismo permite a diminuição da probabilidade de ocorrência de depressões (Carver e Gaines, 1987; Marshall e Lang, 1990, *in* Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007, p. 239), diminui o índice de emoções negativas (Curbow, Somerfield, Baker, Wingard, Legro, 1993; King Rowe, Kimble, e Zervic, 1998, *in* Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007, p. 239) e a taxa de mortalidade relacionada com cancro (Schulz, Bookwala, Knapp, Scheier, Williamson, 1996, *in* Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007, p. 239).

Os estudos efetuados concluem que, geralmente, os otimistas tendem a não culpar-se pelos acontecimentos (“não é minha culpa”) e tendem a ser instáveis (“não acontecerá novamente”) e específicos (“isso se aplica apenas a esse evento”), tais características conferem-lhes um melhor estado de humor, maior motivação e perseverança, além de melhores condições no que respeita à saúde física e à estimulação de redes de suporte social (Ferraz *et al.*, 2007, p.239).

O modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) é o modelo geralmente usado quando se pretende estudar a personalidade em relação com o bem-estar subjetivo (Ruiz, 2005, *in* Nunes, Hutz e Giacconi, 2009). Os Cinco Grandes Fatores (CGF) ou *big five*<sup>7</sup>, consistem na versão moderna da Teoria do Traço, descrevendo as dimensões humanas básicas de forma consistente e replicável (Nunes, Hutz e Giacconi, 2009).

Ressalte-se, no entanto, que no que respeita à personalidade, os estudos têm demonstrado a relação entre o bem-estar subjetivo e especificamente a extroversão e o neuroticismo (Diener, e Lucas, 1998; Robinson, Solberg, Vargas, e Tamir, 2003, *in* Nunes, Hutz e Giacconi, 2009, p. 101).

Keyes, Shmotkin e Ryff (2002) realizaram um estudo para investigar os construtos de bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, visto acreditarem que estes se podiam relacionar conceitualmente, embora sendo conceitos empiricamente separados. Neste estudo participaram 3032 pessoas americanas, das quais 48,5% do sexo masculino e 51,5% do sexo feminino com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos, das quais 33,2% do grupo etário entre entre os 25 e os 39 anos, 46% entre os 40 e os 59 anos, e 20,8% adultos com idade avançada entre os 60 e os 74anos (Queroz e Neri, 2005).

---

<sup>7</sup> Os *big five* são, de acordo com Botelho e Leal (2007), o neuroticismo, a extroversão, a abertura à experiência, a amabilidade e a conscienciosidade.

Para se tratar a informação estatisticamente, Queroz e Neri (2005) realizaram uma análise multivariada quer do bem-estar subjetivo, quer do bem-estar psicológico, por idade, género, escolaridade, etnia e estado civil. A partir dessa análise, verificaram a existência de uma correlação estatisticamente significativa apenas para a idade e nível de escolaridade, constatando-se que os adultos com um maior grau de escolaridade apresentavam baixo bem-estar subjetivo e um elevado bem-estar psicológico (Queroz e Neri, 2005).

Ao nível da Região Autónoma dos Açores (RAA), foi realizado um estudo por Medeiros e Ferreira (2008), o qual compreendeu 320 participantes institucionalizados e não institucionalizados, das ilhas de Santa Maria, São Miguel, Terceira e Flores, pertencentes quer ao meio rural como ao meio urbano. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 60 e os 96 anos.

Para a recolha de dados, os investigadores utilizaram um “Questionário de caracterização”, um “Questionário de resposta fechada” - composto por 5 dimensões de questões socio-demográficas, importância e vivência da reforma, satisfação com a vida, atividades de tempos livres e dimensão religiosa -, a “Escala de autoestima”, a “Escala de satisfação com a vida”, a “Escala de otimismo”, a “Escala de extroversão” e as “Escala de bem-estar psicológico de Ryff” - Aceitação pessoal (AP); Autonomia (AU); Crescimento pessoal (CP); Domínio do ambiente (DA); Relações positivas com os outros (RP); e Sentido da vida (SV).

Os resultados evidenciaram não se verificarem diferenças significativas entre homens e mulheres na auto-estima, otimismo e extroversão; verificaram-se diferenças a favor dos homens no Sentido da Vida, na Aceitação Pessoal e no Domínio do Ambiente; e que os homens apresentaram resultados mais elevados na avaliação da satisfação com o seu estado de saúde.

Na relação entre variáveis psicológicas e sociodemográficas com as dimensões do bem-estar, constataram-se relações significativas e positivas entre: satisfação com a saúde, com a vida económica, com a vida social e com a vida afetiva com as dimensões de sentido de vida, aceitação pessoal, domínio do ambiente e crescimento pessoal; satisfação com a vida social e com a vida afetiva com a dimensão das relações positivas com os outros; a perceção de controlo pessoal (gestão da sua vida) com as diferentes dimensões do bem-estar (Aceitação Pessoal; Autonomia; Crescimento Pessoal; Domínio do Ambiente; as Relações Positivas com os Outros e o Sentido da Vida); vivência religiosa e as dimensões do sentido da vida, aceitação pessoal e crescimento

pessoal (refletir sobre elas próprias e querem evoluir; componente de interesse social de aprendizagem ao Longo da vida, entre outras); ocupação dos tempos livres (ler, ouvir musica, pintar, frequentar a Universidade, sair com os amigos, entre outros.) com as dimensões do bem-estar; as variáveis autoestima, otimismo e extroversão com as dimensões do bem-estar, bem como com a saúde, a vida económica, a vida social e afetiva e com o controlo pessoal.

Ainda na RAA foi realizado um estudo exploratório por Medeiros e Ferreira (2011), cujos resultados evidenciam que as pessoas da amostra apresentam em média bons níveis de bem-estar (4.5 em 6), verificando-se os valores mais baixo no sentido da vida (ter um objetivo de vida), o que impele para a elaboração de programas e estratégias comunitárias de promoção do bem-estar na reforma.

O estudo tinha como principais objetivos compreender o bem-estar numa amostra de adultos em idade avançada residentes nas ilhas dos Açores e na ilha da Madeira; analisar as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil e prática religiosa na sua relação com o bem-estar psicológico; e relacionar variáveis de personalidade (como a autoestima, o otimismo e a extroversão) com o bem-estar psicológico.

A amostra foi constituída por 555 participantes com idades compreendidas entre os 60 e os 99 anos.

Para a recolha dos dados, Medeiros e Ferreira (2011) recorreram ao “Questionário de Caracterização e percepção do bem-estar”, à “Escala de autoestima”, à “Escala de otimismo” e às “Escala de bem-estar psicológico de Ryff” - Aceitação Pessoal (AP); Autonomia (AU); Crescimento pessoal (CP); Domínio do ambiente (DA); Relações positivas com os outros (RP); e Sentido da vida (SV).

Os resultados obtidos revelaram que na amostra verifica-se que não existem diferenças ao nível de bem-estar psicológico: entre sexos (salvo nas relações positivas com os outros); em relação à idade (à exceção do crescimento pessoal); ao estado civil (autonomia). As médias dos casados são maiores; a religião e a frequência da universidade estão relacionadas com o nível de bem-estar; e que há uma relação entre bem-estar e satisfação com a vida.

Desta forma, Medeiros e Ferreira (2011) referem que um dos principais desafios macro para aumentar o bem-estar psicológico das pessoas idosas prende-se com a criação de políticas comunitárias de intervenção intergeracional e otimização da sabedoria, em todos os sectores da vida ativa (eg.: saúde, educação, empresas, bancos,

comunicação social, turismo e comércio) e, a nível micro, promover climas positivos nas famílias e instituições.

Atualmente, o bem-estar psicológico é estudado em áreas de saúde mental, gerontologia social e pela Psicologia Comunitária (Yunes, 2003).

O interesse da Psicologia Comunitária pelo bem-estar, sobretudo o individual, deve-se ao fato de este estar incluído nos sete valores fundamentais desta área, juntamente com o sentimento de comunidade, a participação cívica, o respeito pela diversidade humana, a fundamentação empírica, a colaboração, o fortalecimento comunitário e a justiça social (Dalton, Elias e Wandersman, 2001).

Especificando o bem-estar individual, a Psicologia Comunitária visa promover a saúde física e psicológica e os comportamentos saudáveis de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade, através da implementação de programas em áreas como a prevenção e a promoção da saúde, o desenvolvimento de talentos e competências, o fortalecimento do suporte social, a criação e suporte a grupos de ajuda mútua ou a implementação de programas de intervenção em contextos comunitários diversificados, como é o caso das escolas e das empresas (Ornelas, 2008).

O sentimento de comunidade relaciona-se com a perceção da pessoa no que respeita à sua integração numa comunidade na qual o indivíduo possa confiar e da qual dependa e, por seu lado, essa integração irá aumentar a confiança e as convicções do indivíduo, sobre a sua capacidade de intervir e influenciar as várias esferas da sua vida, prevenindo sentimentos de isolamento, solidão e alienação (Ornelas, 2008).

A participação cívica consiste na participação por parte de todos os cidadãos da comunidade, na identificação e definição dos problemas que afetam essa mesma comunidade, na organização eficaz de resposta às suas necessidades e, na tomada de decisões que determinam o seu futuro (Ornelas, 2008). Ao identificar e definir os problemas comunitários, ou seja, ao desenvolver uma maior consciência e reflexão crítica e, conseqüentemente, um maior controlo sobre as suas vidas, os indivíduos vão perpetuar a mudança individual e coletiva, a qual se designa de *empowerment* (Zimmerman, 1990). Desta forma, o *empowerment* comporta três dimensões específicas: o controlo, a consciência crítica e a participação (*Ibidem*, 1990).

A colaboração de todos os membros da sociedade nos processos de intervenção, definição de objetivos face a um futuro indesejável, identificação das estratégias e atividades dos programas comunitários e mobilização dos recursos que permitem a sua

concretização, permite o fortalecimento das comunidades, uma vez que mobiliza os seus membros e organizações na resolução dos seus próprios problemas (Ornelas, 2008).

Neste processo, os psicólogos comunitários assumem o papel de facilitadores e colaboradores, estabelecendo compromissos e colaborando com os seus parceiros comunitários, de modo a que a mudança e o desenvolvimento das comunidades seja possível (Ornelas, 2008).

Segundo Serrano-Garcia, Costa, Perfecto e Quiros (1980, *in* Ornelas, 2008), o respeito pela diversidade está relacionado com a identificação de competências e recursos de todas as culturas e populações que se encontram, frequentemente, desvalorizadas pelo resto da sociedade e, na procura da melhoria, quer do potencial quer das capacidades de todos os cidadãos.

Neste âmbito, os psicólogos comunitários têm como principais objetivos integrar as diversas pessoas na procura de soluções para os problemas locais, através da adaptação de questões e métodos de investigação que tenham em conta a língua, a cultura de investigação ou a visão do mundo da população em estudo e, através do estabelecimento de relações recíprocas e interdependentes, compreendendo a diversidade das suas histórias pessoais, culturais e sociais e usar as suas diferenças como benefício para alcançar um objetivo coletivo (Ornelas, 2008).

No que respeita à fundamentação empírica, para a psicologia comunitária, a investigação é de extrema importância, uma vez que permite conhecer as condições ambientais na saúde e bem-estar das pessoas bem como, avaliar programas, analisar políticas, identificar e compreender os fatores facilitadores e os obstáculos à mudança (*Ibidem*, 2008).

Neste processo de investigação, os indivíduos são considerados objetos passivos, embora sejam os responsáveis pelo desenvolvimento de novo conhecimento. Para a aquisição desse conhecimento, há autores que defendem a utilização conjunta das metodologias qualitativas e das metodologias quantitativas inovadoras e apropriadas, pois só a sua junção irá permitir analisar o contexto, mais propriamente, os sistemas de informação geográfica, a análise das redes sociais e a análise de *clusters* (Luke, 2005; Tebes, 2005, *in* Ornelas, 2008, p. 44).

Por fim, a justiça social está relacionada com a preocupação com a igualdade de direitos e oportunidades de autodeterminação e com a participação plena de todos os indivíduos da comunidade nas várias esferas da vida social, sendo da responsabilidade dos psicólogos comunitários dar voz aos grupos mais vulneráveis e desfavorecidos da

sociedade, trabalhando em parceria com os recursos existentes na mesma, para a criação de novos recursos (Ornelas, 2008).

O bem-estar psicológico também surte interesse por parte da Psicologia Positiva (Bernad, 2008; Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007) e, conseqüentemente, da qualidade de vida, visto esta ser uma área de estudo da Psicologia Positiva <sup>8</sup>(Yunes, 2003).

\*\*\*

Em síntese, os estudos realizados em torno do conceito de bem-estar psicológico, concluíram que este se encontra relacionado com a saúde real e auto-referida, com a vivência religiosa e a espiritualidade, com variáveis de personalidade, com variáveis sociais, entre as quais, a qualidade das relações interpessoais estabelecidas mas, também, com variáveis de contexto como o domínio do ambiente, os ambientes e climas positivos, a vivência de afetos positivos, a estimulação cognitiva, a satisfação e a qualidade de vida proporcionada por parte das instituições de longa permanência. Assim, torna-se de extrema importância apelar à colaboração por parte de todos os membros da sociedade para a integração das pessoas idosas institucionalizadas em redes de relações operacionais e de suporte socio-afetivo mútuo, com vista ao aumento do bem-estar psicológico das pessoas idosas.

---

<sup>8</sup> A Psicologia Positiva surgiu devido à maior importância dada pelos psicólogos, nas últimas décadas, à dinâmica positiva do desenvolvimento humano e das emoções positivas, ou seja, ao bem-estar, à satisfação com a vida, à felicidade, à alegria, ao otimismo, à esperança, à sabedoria e ao perdão (Barros, 2004, *in* Oliveira, 2010), por exemplo, em detrimento do funcionamento negativo da personalidade e das emoções negativas, tais como a depressão, o desânimo, a ansiedade, a solidão, a agressividade, a ira, a culpa e a timidez (Oliveira, 2010).

Além das emoções positivas, também a Psicologia Positiva aborda valores, positividade, qualidade de vida, forças de carácter, funcionamento ou dinamismo humano ótimo, assertividade, energia psíquica e virtudes, este último respeitante a uma conotação mais religiosa (Oliveira, 2010), tendo como principal objetivo estudar os aspetos positivos da vida, os quais permitem obter prazer e diminuir os aspetos negativos (Seligman, 2004, *in* Albuquerque *et al.*, 2006, p. 131; Ryan e Deci, 2001).

Foi criado um Manual denominado *Handbook of Positive Psychology* em 2002 por Snyder e Lopez, o qual possui 55 capítulos referentes ao funcionamento positivo da personalidade e, no seu final, faz alusão à necessidade de se aplicar a Psicologia Positiva a crianças, a pessoas com deficiência física e a pessoas idosas, por exemplo (Oliveira, 2010).

Na atualidade a Psicologia Positiva tem ganho bastante terreno, de acordo com Oliveira (2010), pese embora a sua genese já se evidenciasse em autores humanistas da antiguidade, nomeadamente com Jung (1933), W. James (1958), Allport (1961) e Maslow (1971).

## **CAPÍTULO III**

# **METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO**

### **3.1. Contexto e problematização**

Na componente da fundamentação teórica desta dissertação fizemos alusão ao crescente aumento demográfico da população idosa, a nível mundial e refletimos acerca do processo de envelhecimento, o qual não é um processo unidimensional nem homogéneo, existindo três tipos de envelhecimento, nomeadamente o normal, o patológico e o bem-sucedido.

Foi no envelhecimento bem-sucedido ou ótimo que nos debruçámos mais afincadamente, uma vez que, de acordo com a literatura, este envelhecimento contribui para o bem-estar psicológico dos indivíduos.

Como vimos, os estudos remetem para a influência de um leque variado de fatores de ordem social, biológica e psicológica no bem-estar psicológico, tais como o sexo, a idade, a saúde, o nível cultural, as amizades, os traços de personalidade (sobretudo a extroversão, o otimismo, a autoestima, as tendências antidepressivas, o controlo das emoções, a visão realista do passado, a capacidade e flexibilidade de adaptação a novas situações e a valorização do apoio social recebido) e as crenças religiosas.

O desenvolvimento económico do país, a oferta e acessibilidade a serviços de educação e sanitários e as condições de trabalho são também outros fatores apontados como relacionados com o bem-estar psicológico.

As mudanças cognitivas e psicológicas das pessoas idosas levam muitas vezes à sua institucionalização, sobretudo quando o grau de dependência é acentuado. Apesar das instituições de longa permanência visarem a salvaguarda das necessidades básicas e sociais dos seus clientes, muitas das vezes contribuem para o seu isolamento social, o que tem consequências ao nível do bem-estar psicológico das pessoas. Torna-se, assim, de extrema importância integrar as pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência no seio da comunidade em que se encontram, mantendo ligações diretas e indiretas ao exterior, o que é possível através da manutenção de laços de vinculação e de programas de promoção da saúde.

Os programas de promoção da saúde proporcionam atividades de estimulação sensorial, de interação social, de estimulação das funções cognitivas, exercício físico e atividades de vida diária, as quais devem implicar a inserção no meio comunitário de pertença.

Pelas razões que acima aduzimos e pela existência de poucos estudos acerca do bem-estar psicológico e da qualidade de vida das pessoas idosas residentes em

instituições de longa permanência em Portugal, e como na Região Autónoma dos Açores (RAA) apenas existem dois estudos de Medeiros e Ferreira (2008) e Medeiros (2011), torna-se pertinente estudar o bem-estar psicológico dos adultos em idade avançada residentes em lar, de modo a elaborar programas educativos que tenham como objetivo colmatar possíveis défices manifestados e promover a qualidade de vida dos adultos em idade avançada residentes em lares.

Selecionámos o universo do grupo ocidental (Ilhas do Corvo e das Flores) pelo seu índice preocupante de envelhecimento, por incluírem ilhas em que não existe investigação sobre o tema desta dissertação e pelo fato de as ilhas serem geograficamente distantes do continente e isoladas (devido ao seu clima e à falta de transportes aéreos diretos para o continente e para as ilhas da Terceira e São Miguel), o que pensamos que poderá influenciar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. A estes motivos adicione-se o facto de serem realidades muito próximas de nós e onde vivemos vários anos e, desta feita, queremos compreender para melhor intervir e otimizar o envelhecimento ativo destas populações, sobretudo as que vivem nos lares de longa permanência.

Na Ilha das Flores existem duas Instituições de Longa Permanência – o Lar António Vicente Peixoto de Santa Cruz das Flores e o Lar da Santa Casa da Misericórdia das Lajes das Flores - e, na Ilha do Corvo uma - Lar da Santa Casa da Misericórdia do Corvo - sendo as únicas existentes neste Grupo do Arquipélago dos Açores. Para salvaguardar a confidencialidade das instituições em causa, foi atribuída uma letra a cada uma, a saber “A”, “B” e “C”.

Optámos por uma abordagem de natureza quantitativa na recolha de dados deste estudo, uma vez que esta permite a abrangência de um número elevado de participantes, possibilitando a generalização dos resultados à população abrangida pela investigação; garante anonimato, explicação, correlação e causalidade e permite a realização de comparações precisas, formais e aprofundadas entre as respostas obtidas (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Assim, optou-se pela aplicação de questionários e escalas aferidas para a população portuguesa (que adiante descrevemos). No processo de investigação foram acautelados procedimentos éticos, tendo sido garantida a confidencialidade e o respeito pelos participantes.

Os dados recolhidos inseridos e tratados no programa SPSS versão 15.0., foram sujeitos a uma análise estatística não paramétrica. De seguida, formulamos as questões

de investigação, os objetivos e elencamos as hipóteses do estudo empírico propriamente dito.

### 3.2. Questões de investigação e objetivos do estudo

Em função do contexto e fundamentação teórica já explanada na primeira componente deste trabalho, delineámos as seguintes questões de partida:

- *Será que o bem-estar psicológico (BEP) das pessoas idosas residentes em lares de longa permanência das ilhas das Flores e Corvo depende de variáveis sociodemográficas na amostra em estudo?*
- *Haverá uma relação entre o bem-estar psicológico (BEP) das pessoas referidas e a satisfação com a saúde, a vivência religiosa (pessoa crente ou não), a satisfação com a situação económica, a satisfação com a vida social e a satisfação com a vida afetiva?*
- *Haverá alguma relação entre o bem-estar psicológico (BEP) das pessoas idosas acima identificadas, o otimismo, a autoestima e a extroversão?*
- *Haverá uma relação entre o bem-estar psicológico (BEP) dessas pessoas idosas e o tempo de permanência da pessoa na instituição (Lar)?*
- *Haverá uma relação entre bem-estar psicológico (BEP) e as atividades de tempos livres realizadas (número e tipo de atividade) nos lares?*

A formulação das questões deu origem ao delineamento dos seguintes objetivos:

- (i) Caracterizar as pessoas idosas residentes nos lares das Ilhas do Grupo Ocidental do Arquipélago dos Açores aos níveis de idade, sexo, concelho de residência anterior, estado civil, profissão, situação familiar, vínculos familiares ou outros, situação de dependência, ligação com o mundo exterior e tempo de permanência na instituição;
- (ii) Avaliar o bem-estar psicológico de pessoas idosas residentes nos lares das Ilhas do Grupo Ocidental (RAA);
- (iii) Analisar as relações entre o bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas, pessoais e contextuais;
- (iv) Compreender as relações entre o bem-estar e a satisfação com a vida;
- (v) Propor alguns indicadores para um plano de promoção do bem-estar psicológico às pessoas idosas residentes em Lar.

De seguida definiremos as hipóteses formuladas em função das questões de investigação e dos objetivos delineados.

### **3.3. Formulação das hipóteses**

Decorrentes das questões de investigação, bem como dos objetivos que nos propomos atingir, formularam-se seis hipóteses de trabalho tendo como referência as pessoas idosas residentes em lares de longa permanência das ilhas das Flores e Corvo, as quais constituem as linhas orientadoras desta investigação, a saber:

**Hipótese 1:** O bem-estar psicológico (BEP) difere em função das variáveis sociodemográficas (sexo, idade e estado civil) na amostra em estudo.

**Hipótese 2:** Há uma relação entre bem-estar psicológico, a satisfação com a saúde, a vivência religiosa (pessoa crente ou não), a satisfação com a situação económica, a satisfação com a vida social e a satisfação com a vida afetiva.

**Hipótese 3:** Existe uma relação entre o bem-estar psicológico, o otimismo, a autoestima e a extroversão.

**Hipótese 4:** Existe uma relação entre o bem-estar psicológico e o tempo de permanência da pessoa idosa na instituição (Lar).

**Hipótese 5:** Há uma relação entre bem-estar psicológico e as atividades de tempos livres realizadas (número e tipo de atividade) nos lares em estudo.

### **3.4. População e amostra**

A população é composta por todas as pessoas residentes nos lares das ilhas das Flores e do Corvo, do Arquipélago dos Açores, num total de 69 clientes, dos quais 13 se encontravam na “Instituição A”, 21 na “Instituição B” e 35 na “Instituição C”.

A amostra extraída da população acima referida é constituída por 36 participantes, residentes nos lares das Ilhas do Grupo Ocidental da Região Autónoma dos Açores (RAA), a qual integra todos os residentes que livremente aceitaram participar e que se encontravam identificados pelas instituições como tendo as funções cognitivas preservadas. Ressalte-se que, embora tenha sido assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados, nem todos os clientes das instituições em causa aceitaram

participar no estudo, mais especificamente: quatro da “Instituição C”, três da “Instituição B” e um da “Instituição A”, facto que foi integralmente respeitado.

### **3.4.1. Caracterização da amostra**

#### **a) Ao nível da idade e do sexo**

Os participantes distribuem-se por ambos os sexos, sendo 19 (52%) do sexo feminino e 17 (47,2%) do sexo masculino. O intervalo etário situa-se entre os 65 e os 95 anos, sendo a média de idades de 79,8 (DP=7,0).

#### **b) Ao nível do estado civil**

Na amostra, 22 (61,1%) dos participantes são viúvos, 8 (22,2%) são casados, 4 (11,1%) são solteiros e, 2 (5,6%) são divorciados.

Ressalte-se que das participantes, 15 são viúvas, 3 são casadas, 1 é solteira e 1 é divorciada. Por seu lado, dos clientes do sexo masculino, 7 são viúvos, 5 casados, 3 solteiros e 1 divorciado. Apenas 3 dos clientes institucionalizados se encontram a residir com o conjuge na instituição na qual se encontram.

#### **c) Ao nível da instituição**

A maioria dos clientes encontra-se a residir na “Instituição C”, ou seja, 15 (42%), seguindo-se 13 (36%) na “Instituição B” e 8 (22%) na “Instituição A”.

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
2002 a 2008	11	30,6
2009 e 2010	8	22,2
2011 e 2012	17	47,2
Total	36	100,0

**Tabela 1 - Ano de entrada para a instituição**

Constata-se que a maioria dos participantes encontra-se institucionalizado há apenas um ano e a minoria há três anos.

**d) Em relação à profissão e à sua importância**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Costureira	1	2,8
Construção civil	1	2,8
Doméstica	13	36,1
Agricultor	9	25,0
Estivador	1	2,8
Lavrador	2	5,6
Empregada de limpeza	4	11,1
Fábrica	2	5,6
Secretário de escritório	1	2,8
Bibliotecário	1	2,8
Funcionária dos Correios e Telecom	1	2,8
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2 - Profissões dos clientes**

Constatou-se que a profissão mais desempenhada pelas participantes foi “doméstica”, correspondendo a 13 clientes (36,1%), seguindo-se “empregada de limpeza” com 4 clientes (11,1%), “costureira” e “funcionária dos correios e Telecom”, ambas com apenas uma cliente (2,8%), sendo que todas estas profissões foram desempenhadas por clientes do sexo feminino.

Por seu lado, na sua maioria os participantes do sexo masculino foram agricultores, correspondendo a 9 clientes (25%), seguindo-se as profissões de “lavrador” e “trabalhador febril”, cada uma com dois clientes (5,6%) e, “construtor civil”, “estivador”, “secretário de escritório” e “bibliotecário”, todas desempenhadas apenas por um cliente cada (2,8%).

No que respeita à importância da profissão, 20 participantes (61%) consideraram a sua profissão muito importante, 12 (36%) importante e apenas um elemento (3%) pouco importante.

**e) Em relação ao impacto e à satisfação com a transição para a reforma**

Na amostra, 9 (40,9%) dos participantes consideram o impacto da reforma como um “Processo muito desejado e um alívio”, 8 (36,4%) consideram que foi a “Vivência drama e sentido de vazio”, 4 (18,2%) respondem ter sido um “Processo de continuidade natural” e 1 (4,5%) cliente referiu ter sido um processo de “Difícil adaptação”.

Pese embora os resultados anteriores, 9 (40,9%) dos inquiridos estão satisfeitos com a transição para a reforma, 5 (22,7%) estão muito satisfeitos, 4 (18,2%) estão pouco satisfeitos e, também, 4 (18,2%) não estão nada satisfeitos. Havendo, assim, 8 pessoas que merecem a nossa maior atenção tendo em vista a intervenção.

#### **f) Ao nível do controlo da vida pessoal**

O controlo da vida pessoal, relaciona-se com a forma como a indivíduo gere a sua própria vida, ou seja, se necessita ou não de orientação de outrem no que respeita à sua situação económica e aos seus hábitos diários de vida (eg.: higiene pessoal e cuidados médicos).

Podemos verificar que dos participantes do nosso estudo, 25 (69,4%) referem que controlam a sua vida pessoal, 7 (19,4%) alegam ser os técnicos do lar que controlam a sua vida pessoal e, apenas 3 (8,3%) mencionaram serem os filhos a controlar a sua vida pessoal. Apenas dois elementos assinalam outros: um caso refere a afilhada e outro refere a nora.

#### **g) Ao nível da religiosidade**

Na amostra todos os participantes respondem ser pessoas crentes, sendo que 50% dos inquiridos vai à missa uma vez por semana, 28% várias vezes por semana, 11% nas grandes festas, 5% todos os dias, 3% (um elemento) uma vez por mês. Apenas um elemento (3%) afirma nunca ir à missa, sendo embora crente.

Assim, da totalidade da amostra, 83% dos indivíduos inquiridos têm rituais religiosos frequentes, o que reflete a importância das crenças religiosas na vida da maioria das pessoas idosas dos Lares do grupo Ocidental do Arquipélago dos Açores.

#### **h) Ao nível dos suportes afetivos**

Constatou-se que na amostra a principal fonte/ suporte afetivo advém da família, correspondendo a 30 (83,3%) dos participantes, existindo apenas 3 (8,3%) clientes que referiram serem os empregados do lar que fornecem suporte/apoio.

	Não escolhido		Escolhido	
	N	%	N	%
Família	6	16,7%	30	83,3%
Amigos	24	66,7%	12	33,3%
Colegas	28	77,8%	8	22,2%
Empregados	33	91,7%	3	8,3%
Técnicos e funcionários	7	19,4%	29	80,6%
Lar				

**Tabela 3 - Valores médios observados em relação à fonte/ suporte afetivo**

### **3.5. Instrumentos**

Utilizou-se um Questionário Sociodemográfico e cinco instrumentos na investigação, nomeadamente: as Escalas de Bem-estar Psicológico (EBEP); a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS); a Escala de Autoestima de Rosenberg; a Escala de Otimismo (LOT-R); e o Inventário de Personalidade NEO-PI-R. O primeiro dos instrumentos acima elencado foi construído para o efeito da investigação, sendo os restantes aferidos para a população portuguesa (cf. anexo 1).

#### **3.5.1. Questionário sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico é um questionário de resposta fechada composto por 5 dimensões de questões: a) as socio-demográficas; b) a importância; c) a vivência da reforma; d) a satisfação com a vida; e) as atividades de tempos livres; e f) a dimensão religiosa.

#### **3.5.2. Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff (EBEP)**

As Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff (n = 6) comportam seis domínios ou dimensões, nomeadamente: a Aceitação pessoal (AP), a Autonomia (AU), as Relações positivas com os outros (RP), o Crescimento pessoal (CP), o Domínio do ambiente (DA) e o Sentido da vida (SV).

A pontuação total varia entre 1 e 84 pontos em todas as dimensões avaliadas e cada item é cotado entre 1 a 6 valores e o somatório de cada item permite obter a

pontuação das seis dimensões do bem-estar psicológico. Uma maior pontuação em cada uma das escalas remete para um melhor estado quer psicológico quer subjetivo do indivíduo (Ferreira e Simões, 1999).

As Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff (EBEP) foram adaptadas à população portuguesa em 1995 e 1996 pela equipa do Professor Simões da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra (cf. Ferreira e Simões, 1999), seguindo-se os seguintes passos: 1) tradução da versão americana através de uma equipa de tradutores; 2) tradução para inglês por dois especialistas bilingues; 3) comparação das duas versões com o intuito de realizar alterações ou correções necessárias.

Após as discrepâncias corrigidas foram aplicadas a 353 adultos de ambos os sexos, dos quais 260 eram do sexo feminino e 93 do sexo masculino, cujas idades se encontravam compreendidas entre os 18 e os 90 anos (Ferreira e Simões, 1999).

No que respeita à análise dos itens, constata-se que os coeficientes de correlação item/total da escala “Crescimento pessoal” (CP) variam entre 0,03 e 0,51 e que se verificam correlações significativas com o total da escala em todos os itens à exceção do 9 (Ferreira e Simões, 1999). Na escala “Sentido da vida” (SV), todas as correlações item/total são significativas, tendo uma variação de 0,21 e 0,70 o que não ocorre no item 19 (Ferreira e Simões, 1999). As correlações da escala “Aceitação pessoal” (AP) variaram entre 0,36 e 0,69 o que significa que foram todas significativas. Saliente-se, ainda, que todos os itens da mesma apresentam correlações com um total superior a 0,30 (Ferreira e Simões, 1999). No que respeita à escala “Relações positivas com os outros” (RP), as correlações variavam entre 0,18 e 0,67 e constatou-se a existência de correlações significativas entre todos os itens e o total (Ferreira e Simões, 1999). Verificaram-se correlações significativas na escala “Autonomia” (AU), oscilando entre 0,23 e 0,59 o que também ocorreu na última escala, “Domínio do ambiente” (DA), embora os valores variassem entre 0,25 e 0,61 (Ferreira e Simões, 1999).

A consistência interna também foi avaliada tendo sido um valor alfa de Cronbach de 0,94 para o total de todas as escalas. A consistência interna das escalas individualmente foi também avaliada, tendo-se obtido os seguintes resultados: 0,69 na CP; 0,80 na SV; 0,88 para a AP; 0,84 na RP; 0,83 na AU; e 0,78 na DA (Ferreira e Simões, 1999).

As diferentes escalas medem diferentes componentes do bem-estar, embora estejam relacionados, o que é comprovado pela evidência de correlações entre as diferentes escalas, as quais oscilam entre 0,40 e 0,74 (Ferreira e Simões, 1999).

Este tipo de escala pode ser aplicado, quer em grupo, quer individualmente, levando cerca de 15 minutos a preencher, embora não exista um tempo limite pois o mesmo está relacionado com o grau de instrução dos indivíduos (Ferreira e Simões, 1999). Segundo os autores referenciados, este instrumento tem diversas vantagens, a saber: baseia-se num modelo que considera o bem-estar como um construto multidimensional e positivo; e apresenta uma imagem mais diversificada e mais rica do bem-estar subjetivo, o qual é suscetível de ser traduzido a diversos níveis bem como a intervenções diferenciais com o intuito de promover a doença (*wellness*).

Apesar das vantagens, este instrumento apresenta alguma redundância interna no que respeita às escalas que o compõe e uma redundância externa em relação a certas escalas comparativamente a outros instrumentos do género (Ferreira e Simões, 1999).

### **3.5.3. Escala de Autoestima de Rosenberg**

A Escala de Autoestima de Rosenberg é, de acordo com Romano, Negreiros e Martins (2007), um dos instrumentos de maior utilização quando a finalidade é avaliar a autoestima geral.

Esta escala é composta por 10 itens referentes a sentimentos de respeito e aceitação de si próprio, dos quais metade se encontram enunciados de forma positiva e os restantes negativa, sendo necessário recorrer-se a inversões (Romano, Negreiros e Martins, 2007). As afirmações têm quatro opções de resposta: “concordo totalmente= 4”, “concordo= 3”, “discordo= 2” e “discordo totalmente= 1”, oscilando a pontuação total entre 10 e 40, sendo indicadora de uma autoestima mais elevada uma pontuação mais alta (Romano, Negreiros e Martins, 2007).

Para a validação portuguesa, com base em 501 participantes, calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach de modo a que se pudesse avaliar a fidelidade, enquanto a validade foi observada recorrendo-se à análise dos componentes principais definidos similarmente por Pelhman e Swann (1989, *in* Romano, Negreiros e Martins, 2007): tendência para experimentar quer afetos positivos, quer afetos negativos; concepções específicas em relação a si próprio, às suas forças e às suas debilidades; a interiorização das auto-imagens, ou seja, a importância das “auto-imagens” positivas em detrimento das negativas e a possível discrepância entre as “auto-imagens” reais e as que são ideais para cada um. No entanto, foi necessário que se analisassem os componentes principais

com rotação Varimax, seguindo-se os mesmos procedimentos do método de Kaiser, além de também se ter utilizado o procedimento da máxima verosimilhança para que se pudesse analisar mais rigorosamente os componentes (Romano, Negreiros e Martins, 2007).

Após as análises à validade de construto e à fidelidade, obteve-se um valor de *alfa* de Cronbach para o modelo de dois fatores de 0,63 nos itens do fator 1 (referente à autoestima negativa) e de 0,74 nos itens respeitantes à autoestima negativa, o que de acordo com Hair, Joseph, Anderson, Tatham, Ronald e Black (1998, *in* Romano, Negreiros e Martins, 2007) é indicativo de boa consistência interna.

Os componentes principais foram utilizados para se avaliar a validade de construto, tendo-se obtido dois fatores com valores superiores a 1 (3,33 e 1,29), os quais explicam 46,03% da variância total (Romano, Negreiros e Martins, 2007).

Enquanto os itens 2, 5, 6, 8 e 9, correspondentes à orientação negativa, pertencem ao fator 1, os itens de orientação positiva (1, 3, 4 e 7) são agrupados no fator 2 (Romano, Negreiros e Martins, 2007).

#### **3.5.4. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)**

A Escala de Satisfação com a Vida (the Satisfaction Life Scale -\_SWLS), foi desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985, *in* Laranjeira, 2009) e consiste num instrumento conciso que permite efetuar a autoavaliação do bem-estar subjetivo. Cada item é classificado numa escala de 7 pontos (1- discordo a 7 - concordo plenamente) e a pontuação mínima para com a satisfação com a vida é 5 e a pontuação mais elevada para com a satisfação com a vida é de 35 (Laranjeira, 2009).

Para que pudesse ser validado para a população portuguesa, a sua confiabilidade foi estudada em 30 pacientes hospitalizados na Clínica Médica dos Serviços de Unidade Hospitalar de Coimbra (Portugal), tendo sido aplicado em duas ocasiões (Laranjeira, 2009). Os participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, eram de ambos os sexos, falavam português e não evidenciavam qualquer alteração do seu estado mental. Desta forma, todos os indivíduos que devido a problemas físicos ou mentais não pudessem responder ao questionário foram excluídos da investigação para a validação da escala para a população portuguesa (Laranjeira, 2009).

O autor comparou estatisticamente o *escore* médio em pacientes com artrite, os quais aparentavam menor bem-estar subjetivo, com o *escore* médio de estudantes e profissionais, que aceitaram participar, da Escola de Ciências da Saúde Jean Piaget (Viseu), os quais possuíam um maior bem-estar subjetivo (Laranjeira, 2009).

A confiabilidade foi avaliada através do coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ), o qual foi calculado para cada item individual e, também, para a pontuação total (Laranjeira, 2009).

A consistência interna foi analisada na amostra total, ou seja, nos 130 indivíduos, através do alfa de Cronbach para os cinco itens da escala, tendo-se constatado uma alta consistência interna (0,89) (Laranjeira, 2009).

A elevada consistência interna confere ao instrumento poder para discriminar grupos com níveis de bem-estar subjetivo diferentes, o que é mais uma fator que aponta para a confiabilidade do SWLS. Também foi utilizado o método de componentes principais de Nunnally e Bernstein (1994, *in* Laranjeira, 2009).

O autor (Laranjeira, 2009) encontrou uma diferença altamente significativa entre os itens individuais, exceto no ponto 4 ( $p=0,06$ ), o que se pode dever ao mesmo ser retrospectivo, generalista, bem como aos resultados que se podem obter tendo em conta os objetivos e análises efetuadas, ou seja, existe uma preponderância de um maior número de aspetos positivos na análise dos participantes em relação aos seus eventos de vida. Os resultados evidenciaram que não existiam diferenças em relação ao sexo ou em relação à idade em ambas as amostras. O autor referenciado concluiu existir um grande grau de confiabilidade ( $r=0.86$ ) no *escore* total, embora se tenha evidenciado uma diferença significativa entre o *escore* médio total nas amostras em que o bem-estar subjetivo era mais elevado (5,96) e nas amostras em que o bem-estar subjetivo era mais baixo (3,45).

Em suma, a Escala de Satisfação com a Vida é um instrumento bastante eficiente e de fácil utilização, muito rápido, sendo recomendado para os cuidados clínicos, de pesquisa clínica e para investigações epistemológicas (Laranjeira, 2009).

### **3.5.5. Escala de Otimismo LOT-R**

A Escala de Otimismo (Otimism the Life Orientation Test-Revised LOT-R), foi utilizada desde a década de 80. Têm sido realizados esforços para relacionar o otimismo

com o bem-estar, esforços estes que têm surtido resultados positivos (Laranjeira, 2008). Nesta escala de tipo *Likert*, os itens 3, 7 e 9 são reversos (negativos).

A escala tem quatro opções de resposta, a saber: “0= discordo bastante”; “1= discordo”; “2= neutro”; “3= concordo”; e “4= concordo bastante”, sendo a nota mínima 0 e a nota máxima 24 (Soares, Araújo e Caires, 1999).

Para a população portuguesa este instrumento é constituído por 10 itens, dos quais apenas 5 contam para o indicador de otimismo disposicional como relatam Soares, Araújo e Caires (1999). Esta nova versão denominada Revised Life Orientation Test (LOT-R) manteve 4 itens originais, um dos quais foi retirado e outro reformulado, bem como os 4 distractores, mas, ao invés de 12 itens, possuía 10, dos quais 6 avaliavam o otimismo (Laranjeira, 2008).

Para proceder à validação consensual da segunda versão do LOT-R, Laranjeira (2008) contou com a colaboração de quatro especialistas em avaliação psicológica peritos na língua inglesa, os quais verificaram pormenorizadamente a equivalência semântica, idiomática e conceitual do conteúdo dos itens. A validade de critério, foi feita através da constatação da correlação do LOT-R com o IESSS (Instrumental and Expressive Social Support Scale), outra medida de avaliação psicológica, ou seja, a validade convergente (Laranjeira, 2008).

As principais vantagens deste instrumento é a auto-observação do otimismo disposicional, o que implica que cada participante tenha a possibilidade de expressar o que sente, além de ser de fácil e rápida aplicação (Soares, Araújo e Caires, 1999).

### **3.5.6. Inventário da Personalidade NEO-PI-R**

O Inventário da Personalidade NEO-PI-R visa medir, como defende Botelho e Leal (2007), as cinco principais dimensões da personalidade e é sustentado pelo Modelo de Cinco Fatores, criado por Costa e McCrae. É composto por cinco escalas, correspondendo cada uma a um dos cinco domínios gerais, a saber: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade.

Por seu lado, cada domínio tem seis facetas, o que implica que o número de escalas específicas integrantes do instrumento seja trinta e, cada escala contém 8 itens, o que eleva o número de itens para 240 (Botelho e Leal, 2007).

Cada indivíduo tem de tomar uma posição em relação a cada um dos itens, os quais são apresentados sob a forma de uma afirmação em relação a ele mesmo, dispondo da seguinte escala de resposta: “Discordo Fortemente”, “Discordo”, “Neutro”, “Concordo”, “Concordo Fortemente”.

O domínio Neuroticismo (N) pretende avaliar a adaptação *versus* a instabilidade emocional, correspondendo-lhe as seguintes facetas “Ansiedade” (N1), “Hostilidade” (N2), “Depressão” (N3), “Auto-consciência” (N4), “Impulsividade” (N5) e “Vulnerabilidade” (N6) (Botelho e Leal, 2007).

Ao segundo domínio do neuroticismo, a Extroversão (E), correspondem as seguintes facetas: “Acolhimento caloroso” (E1), “Gregariedade” (E2), “Assertividade” (E3), “Atividade” (E4), “Procura de Excitação” (E5) e “Emoções Positivas” (E6).

A Extroversão (E), de acordo com Botelho e Leal (2007) tem como principal objetivo traduzir a atividade, a estimulação, a manifestação de alegria e o número e intensidade das interações a nível social.

As facetas “Fantasia (O1)”, “Estética (O2)”, “Sentimentos (O3)”, “Ações (O4)”, “Ideias (O5)” e “Valores (O6)” estão relacionadas com o domínio “Abertura à Experiência (O)” (Botelho e Leal, 2007).

A Amabilidade (A) possui as seguintes facetas: “Confiança” (A1), a “Retidão” (A2), o “Altruísmo” (A3), a “Complacência” (A4), a “Modéstia” (A5) e a “Sensibilidade” (A6), as quais são especificadas de seguida.

O último domínio do NEO-PI-R é a Conscienciosidade (C) que contém as seguintes facetas: “Competência” (C1), “Ordem” (C2), “Dever” (C3), “Esforço de Realização” (C4), “Auto-Disciplina” (C5) e “Deliberação” (C6), as quais se encontram discriminadas a seguir.

A aferição e adaptação do NEO-PI-R para a população portuguesa contemplou 2000 pessoas representativas da população portuguesa, cujas idades oscilavam entre 17 e 84 anos (Botelho e Leal, 2007).

Esta escala pode ser aplicada quer individualmente quer em grupo. A cotação da escala implica um cálculo simples, onde se procede à soma das pontuações obtidas nos oito itens de cada faceta, o que permite aceder aos valores das 30 escalas do NEO-PI-R. De seguida, somam-se as escalas de cada domínio, o que nos fornece os resultados para cada um dos cinco domínios.

### 3.6. Procedimentos

O primeiro passo consistiu em delimitar os Lares de Longa Permanência do Grupo Ocidental do Arquipélago dos Açores a abranger para o estudo. Elegeram-se as três Instituições de Longa Permanência do Grupo Ocidental, nomeadamente, duas na Ilha das Flores e uma na Ilha do Corvo. Como descrito anteriormente, as instituições foram identificadas por letras (A;B;C), por uma questão de ética e sigilo para com os participantes.

Uma vez identificados os três Lares de Longa Permanência, estabeleceu-se contato com os Provedores das Santas Casas da Misericórdia das mesmas, a fim de solicitar a sua colaboração e de obter autorização para realização do estudo. Os pedidos de colaboração efetuados para os Provedores, encontram-se no anexo 2.

O segundo passo, prendeu-se com a necessidade de se agendar com os órgãos de gestão dos respetivos Lares os horários em que a recolha de dados poderia ser efetuada.

No processo de passagem dos instrumentos cada participante do estudo foi informado, previamente, quanto aos objetivos dos questionários, sendo entregue a cada um uma “Nota explicativa” (anexo 3), elaborada para o efeito. As instruções necessárias ao preenchimento de cada questionário foram explicitadas a cada um dos clientes.

Aos clientes, foi ainda, assegurada a confidencialidade das suas respostas e por conseguinte, a inexistência de qualquer tipo de implicação à sua estadia no Lar.

Procurou-se sensibilizar os clientes para a importância de serem preenchidos todos os itens de cada questionário e de imprimirem nas suas respostas o máximo de sinceridade possível, na medida em que todas as respostas são importantes.

Os participantes demoraram, em média, cerca de 60 minutos no preenchimento dos questionários aplicados, independentemente da instituição em questão.

Nas três instituições não se verificaram diferenças no tempo de resposta em relação à idade dos participantes. Assim, os 36 participantes preencheram corretamente os seis questionários apresentados a cada um.

A fase de recolha de dados teve lugar durante todo o mês de Janeiro de 2012, tendo a investigadora se deslocado para o local das instituições, otimizando a pausa entre semestres.

O tratamento e a análise dos dados foram realizados através do Programa *Statistical Package for the Social Science* – SPSS (versão 15.0).

## **Princípios e considerações éticas**

Realizou-se um consentimento informado para cada cliente (anexo 4), no qual constou que, caso seja fosse sua vontade, o participante poderia desistir a qualquer momento de colaborar na investigação.

Garantiu-se a ajuda e o apoio para preenchimento dos instrumentos por parte da investigadora.

Os clientes foram também informados que, caso pretendessem, no término do estudo ser-lhes-ia entregue o trabalho final como forma de agradecimento pela sua participação.

Foi garantida a proteção dos dados a terceiros, inclusive dados respeitantes ao local anterior de residência e dados respeitantes à história de vida dos participantes.

Todos os instrumentos foram aplicados no interior das instituições, salvaguardados os locais e as condições físicas que garantissem a confidencialidade dos resultados bem como o respeito integral das condições de saúde das pessoas idosas e dificuldades de deslocação manifestadas por alguns dos participantes.

Todos os instrumentos foram identificados com siglas respeitantes às instituições e foi atribuído um código atribuído a cada um dos clientes para garantir a confidencialidade dos participantes.

Em termos estatísticos utilizaram-se: o teste paramétrico *t de Student*, o teste de Levene, o teste Kolmogorov-Smirnov, o teste Mann-Whitney, o teste ANOVA e o teste de Kruskall-Wallis.

Os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população.

O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas duas classes de uma variável qualitativa nominal dicotómica:

Para realizar o cruzamento entre as variáveis quantitativas e a variável qualitativa nominal dicotómica pode utilizar-se o teste paramétrico *t de Student*, por forma a

verificar a significância das diferenças entre os valores médios observadas para ambos os grupos da variável nominal dicotómica.

Explicação do teste: O teste t é antecedido por um teste de hipóteses à igualdade das variâncias em cada um dos grupos, que é o teste de Levene:

- H<sub>0</sub>: A variância (desvio padrão) é igual para ambos os grupos da variável dicotómica.
- H<sub>1</sub>: A variância (desvio padrão) é diferente para os dois grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova deste teste é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa.

Quando o valor de prova é superior a 5%, não se rejeita H<sub>0</sub> e consideram-se as variâncias iguais para os dois grupos.

Quando o valor de prova é inferior a 5% rejeita-se H<sub>0</sub> e aceita-se H<sub>1</sub>: consideram-se as variâncias diferentes para os dois grupos.

Estes resultados são considerados para a análise do teste t: considera-se a linha superior ou a linha inferior, consoante as variâncias se consideram iguais ou diferentes, respectivamente. Considera-se a linha superior para variâncias iguais e a linha inferior para variâncias diferentes.

O teste t coloca as seguintes hipóteses:

- H<sub>0</sub>: Não existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.
- H<sub>1</sub>: Existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, de a média ser igual para os dois grupos, ou seja, há diferenças entre os dois grupos.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors), que colocam a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal, pois para aplicar alguns dos testes estatísticos, nomeadamente os paramétricos, é necessário verificar este pressuposto.

O teste K-S coloca as seguintes hipóteses:

- $H_0$ : A variável quantitativa segue uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa.
- $H_1$ : A variável quantitativa não segue uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se  $H_0$  para todas as classes da variável qualitativa o que não se verifica, quando pelo menos um valor de prova for inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula. Nesses casos, o teste paramétrico precisa de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

O teste t, sendo um teste paramétrico, exige que se cumpra o pressuposto da normalidade, o que não sucede. Por esse motivo, deve ser aplicado o teste de Mann-Whitney, que é o teste não paramétrico equivalente, que testa a igualdade das medianas em ambos os grupos.

Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, recorre-se então ao teste de Mann-Whitney, que permite comparar os valores medianos da escala em cada um dos grupos.

O teste de Mann-Whitney coloca as seguintes hipóteses:

- $H_0$ : Não existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.
- $H_1$ : Existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

O valor que importa analisar é a significância do teste, também designada por valor de prova. Quando este valor é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças entre os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula.

Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas classes de uma variável qualitativa nominal ou ordinal:

Para realizar o cruzamento entre uma variável qualitativa e variáveis quantitativas, estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa, sendo o teste de hipóteses adequado a ANOVA, que não é mais do que uma extensão do teste t de Student, para variáveis com mais do que duas classes, quando se cumpre o pressuposto da normalidade ou para amostras de grande dimensão.

A questão central reside em saber se a população tem, ou não, médias iguais, ou seja, se a variável quantitativa apresenta os mesmos valores médios para as várias categorias da variável qualitativa.

A ANOVA, sendo um teste paramétrico, exige que as variáveis em estudo provenham de amostras grandes ou, caso contrário, que apresentem uma distribuição normal, o que será verificado posteriormente, pois a amostra apresenta grupos com pequena dimensão.

O teste ANOVA reside em:

- $H_0$ : As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais.
- $H_1$ : As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são diferentes.

O resultado do teste à homogeneidade de variâncias é extremamente importante no procedimento da ANOVA, uma vez que permite verificar um pressuposto (igualdade de variâncias nas categorias da variável qualitativa) que tem de ser cumprido para validar a análise subsequente. Este teste consiste em verificar se as variâncias podem ser consideradas iguais nas várias categorias do factor, colocando as seguintes hipóteses:

- $H_0$ : As variâncias da variável quantitativa são iguais nas categorias da variável qualitativa.
- $H_1$ : As variâncias da variável quantitativa são diferentes nas categorias da variável qualitativa.

Quando o valor de prova é superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula, verifica-se pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Quando o valor de prova da ANOVA é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese de que as médias das variáveis quantitativas sejam iguais para as várias categorias das variáveis qualitativas. Quando é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é também necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S, já explicado.

O teste K-S coloca as seguintes hipóteses:

- $H_0$ : A variável quantitativa segue uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa.
- $H_1$ : A variável quantitativa não segue uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se  $H_0$  para todas as classes da variável qualitativa. Quando tal não sucede, devido a pelo menos um valor de prova ser inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula. O teste paramétrico terá de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

Quando não se verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias ou o pressuposto da normalidade, em vez da ANOVA tem de aplicar-se o teste não paramétrico: teste de Kruskal-Wallis, que testa a igualdade das medianas para todos os grupos.

O teste de Kruskal-Wallis coloca as seguintes hipóteses:

- $H_0$ : A variável quantitativa apresenta uma distribuição idêntica para cada uma das categorias das variáveis qualitativas.
- $H_1$ : A variável quantitativa não apresenta uma distribuição idêntica para todas as categorias das variáveis qualitativas.

Quando o valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa.

Quando as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, como as resultantes da construção de escalas, podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson R, que é uma medida da associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre as variáveis.

É necessário verificar a normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors), já explicado.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico e também o coeficiente de correlação de Pearson R, tem que verificar-se a normalidade das distribuições para todas as variáveis relacionadas. Quando tal não se verifica, a análise através dos coeficientes de correlação de Pearson não é válida. Assim sendo, deve utilizar-se o coeficiente de correlação de Spearman, que não é sensível a assimetrias de distribuição e não exige a normalidade da distribuição dos dados.

## **CAPÍTULO IV**

# **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

#### **4.1. Apresentação, análise e discussão dos resultados**

Os resultados serão apresentados e discutidos de modo a que se problematize e discuta os dados obtidos nesta investigação, respeitando os objetivos e as hipóteses formuladas. Faremos assim, a apresentação dos dados estatísticos para testar as hipóteses referentes às questões de investigação.

A primeira hipótese visa comparar o bem-estar psicológico (BEP) com as variáveis sociodemográficas, a segunda com a satisfação com a saúde, a vivência religiosa (pessoa crente ou não), a satisfação com a situação económica, a satisfação com a vida social e a satisfação com a vida afetiva. A terceira hipótese visa comparar o bem-estar psicológico (BEP) com o otimismo, a autoestima e a extroversão; a quarta hipótese com o tempo de permanência da pessoa idosa na instituição (Lar); e a quinta hipótese com as atividades de tempos livres realizadas (número e tipo de atividade) nos lares em estudo.

##### **4.1.1. Relação entre bem-estar psicológico (BEP) e variáveis sociodemográficas**

Com a *Hipótese 1* - O bem-estar psicológico (BEP) difere em função das variáveis sociodemográficas: sexo, idade e o estado civil - pretendeu-se verificar se o bem-estar psicológico se relaciona com algumas variáveis demográficas, nomeadamente o sexo, a idade e o estado civil.

Para testar a hipótese 1, vamos subdividir os resultados em função de cada variável sociodemográfica assinalada, iniciando pelo sexo.

##### **4.1.1.1. Sexo**

Como o sexo é uma variável nominal dicotómica, para realizar o cruzamento entre as escalas e esta variável optámos por utilizar o teste paramétrico *t de Student*, que produz os seguintes resultados: se o valor de prova é sempre superior a 5%, não se rejeita  $H_0$  e consideram-se as variâncias iguais para os dois grupos (*variâncias iguais*).

Na tabela 4 que se segue, ilustram-se as diferenças não significativas e significativas no que concerne às seis dimensões das escalas de BEP e à variável sexo.

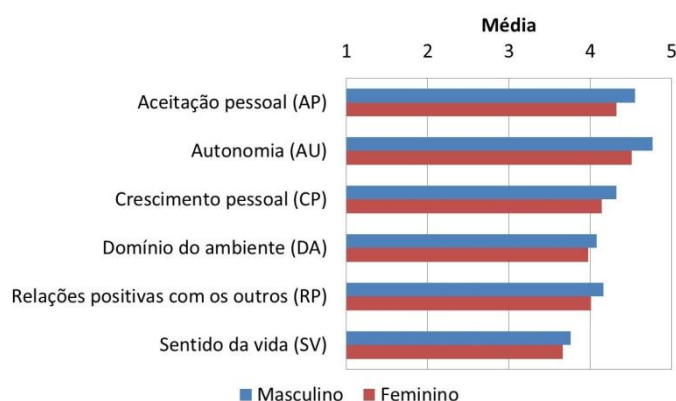
Dimensões das Escalas de BEP		N	Média	Desvio padrão	t <sub>34</sub>	p
Aceitação pessoal (AP)	Masculino	17	4,55	,445	1,265	,215
	Feminino	19	4,32	,599		
Autonomia (AU)	Masculino	17	4,77	,523	1,244	,222
	Feminino	19	4,51	,707		
Crescimento pessoal (CP)	Masculino	17	4,32	,576	,975	,336
	Feminino	19	4,14	,566		
Domínio do ambiente (DA)	Masculino	17	4,08	,517	,623	,537
	Feminino	19	3,97	,530		
Relações positivas com os outros (RP)	Masculino	17	4,16	,617	,749	,459
	Feminino	19	4,01	,603		
Sentido da vida (SV)	Masculino	17	3,76	,569	,455	,652
	Feminino	19	3,66	,723		

**Tabela 4 - Diferenças significativas e não significativas em relação às seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e a variável sexo**

O pressuposto da normalidade verifica-se para todas as dimensões, pois como o valor de prova é sempre superior a 5%, aceita-se a hipótese nula. O teste paramétrico não precisa de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Mann-Whitney.

Na amostra, o valor médio de todas as dimensões do Bem-estar Psicológico de Ryff é sempre superior para o sexo masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

O gráfico 1 ilustra as diferenças, não significativas, através dos seus valores médios.



**Gráfico 1 - Valor médio das dimensões do Bem-estar Psicológico relativamente à variável sexo**

Os resultados obtidos no presente estudo corroboram a investigação de Medeiros e Ferreira (2011), segundo a qual não se verificaram diferenças ao nível de bem-estar psicológico entre sexos, exceto nas relações positivas com os outros.

A justificativa para este facto pode-se prender com o referido por Neri (2007a), de que embora as mulheres vivam mais tempo que os homens, manifestam menor satisfação global com a vida devido à maior suscetibilidade de manifestarem doenças, dores crónicas, risco de quedas, incapacidade funcional e depressão, e possuírem mais responsabilidade no que concerne ao cuidado de outras pessoas idosas.

#### 4.1.1.2. Idade

A idade é uma variável quantitativa. A tabela 5 ilustra as diferenças não significativas e significativas no que respeita às seis dimensões do BEP e a variável idade.

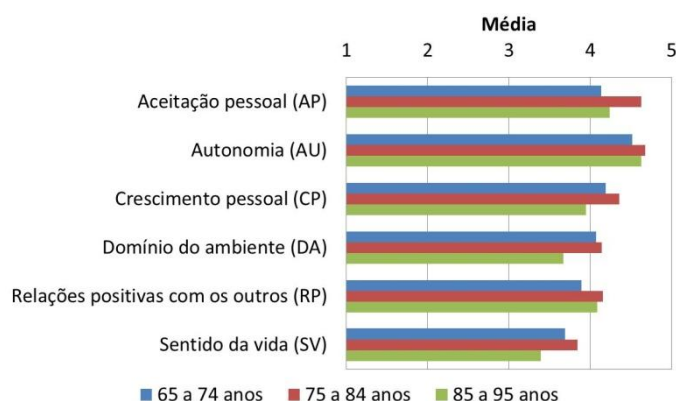
Dimensões das Escalas de BEP	N	Média	Desvio padrão	F (ANOVA) <sub>2</sub> , Qui <sup>2</sup> <sub>2</sub> <sup>33</sup> (KW) <i>p</i>	
Aceitação pessoal (AP)	65 a 74 anos	8	4,13	,230	F = 3,488 0,042*
	75 a 84 anos	20	4,63	,421	
	85 a 95 anos	8	4,24	,809	
Autonomia (AU)	65 a 74 anos	8	4,52	,496	F = 0,174 0,841
	75 a 84 anos	20	4,68	,701	
	85 a 95 anos	8	4,63	,631	
Crescimento pessoal (CP)	65 a 74 anos	8	4,19	,306	Qui = 1,57 0,457
	75 a 84 anos	20	4,35	,640	
	85 a 95 anos	8	3,95	,530	
Domínio do ambiente (DA)	65 a 74 anos	8	4,07	,492	F = 2,639 0,086
	75 a 84 anos	20	4,14	,477	
	85 a 95 anos	8	3,67	,551	
Relações positivas com os outros (RP)	65 a 74 anos	8	3,89	,568	F = 0,523 0,597

	75 a 84 anos	20	4,16	,620		
	85 a 95 anos	8	4,09	,642		
Sentido da vida (SV)	65 a 74 anos	8	3,69	,209	Qui = 0,76	0,685
	75 a 84 anos	20	3,84	,563		
	85 a 95 anos	8	3,39	1,014		

**Tabela 5 - Diferenças significativas e não significativas em relação às seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e a variável idade**

Nos resultados do teste à homogeneidade de variâncias, verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para a maioria das dimensões, mas não para o Crescimento pessoal (CP) e o Sentido da vida (SV).

De acordo com o gráfico 2, o valor médio da Aceitação pessoal (AP) é superior para 75-84 anos e inferior para 65-74 anos e 85-95 anos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.



**Gráfico 2 - Valor médio das dimensões do Bem-estar Psicológico relativamente à variável idade**

Na amostra, o valor médio da Autonomia (AU) e Relações Positivas com os outros (RP) é superior para 75-84 anos e inferior para 65-74 anos, o valor médio do Crescimento Pessoal (CP), Domínio do Ambiente (DA) e Sentido da Vida (SV) é superior para 75-84 anos e inferior para 85-95 anos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas logo, aceita-se  $H_0$ .

Um resultado interessante, prende-se com o valor médio do Crescimento Pessoal (CP), Domínio do Ambiente (DA) e Sentido da Vida (SV) é superior para 75-84 anos e inferior para 85-95 anos, o que poderá dever-se a uma maior acentuação das mudanças progressivas decorrentes do processo de envelhecimento.

Os resultados obtidos não confirmam as afirmações de Bernad (2008) e, sobretudo, de Queroz e Neri (2005), os quais constataram no seu estudo existir uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o bem-estar psicológico. Mais especificamente, Neri (2007a) verificou taxas de maior insatisfação global com a vida em pessoas com mais de 85 anos. Assim, não se verifica a H1 para a variável idade, existindo apenas relação significativa entre a idade 75-84 anos e a Aceitação pessoal (AP), pese embora as diferenças assinaladas não sejam estatisticamente significativas.

Estes resultados podem estar relacionados com fatores externos, tais como a diminuição da mobilidade das articulações (o que tem repercussões na força muscular e agilidade), os problemas cardíacos, a alteração da acuidade sensorial, nomeadamente a capacidade visual, auditiva e gustativa (com a redução das papilas e consequente diminuição do paladar), a lentificação dos reflexos e as mudanças na memória (cf. Sequeira, 2010) mas, também serem mudanças provocadas por fatores internos, nomeadamente: a falta de motivação para planear o futuro, as atitudes infantis para mendigar afetos, os novos medos (eg.: sobrecarga de familiares, solidão, morte) e a tendência à depressão, à hipocondria ou somatização, tal como explicita Oliveira (2010).

#### **4.1.1.3. Estado Civil**

O estado civil é uma variável qualitativa nominal, o que implicou a utilização da ANOVA para realizar o cruzamento entre estas variáveis.

Na tabela 6 encontram-se as diferenças não significativas e significativas respeitantes às seis dimensões do BEP e a variável estado civil.

Dimensões das Escalas de BEP	N	Média	Desvio padrão	F (ANOVA) <sub>2,33</sub>	
					<i>p</i>
Aceitação pessoal (AP)	Casado (a)	8	4,69	,451	2,559 0,093
	Viúvo (a)	22	4,44	,393	
	Divorciado (a) ou Solteiro (a)	6	4,06	,901	
Autonomia (AU)	Casado (a)	8	5,09	,291	3,237 0,052
	Viúvo (a)	22	4,54	,658	
	Divorciado (a) ou Solteiro (a)	6	4,37	,635	
Crescimento pessoal (CP)	Casado (a)	8	4,23	,700	0,126 0,882
	Viúvo (a)	22	4,20	,592	
	Divorciado (a) ou Solteiro (a)	6	4,33	,316	
Domínio do ambiente (DA)	Casado (a)	8	4,48	,193	5,040 0,012*
	Viúvo (a)	22	3,86	,483	
	Divorciado (a) ou Solteiro (a)	6	4,01	,644	
Relações positivas com os outros (RP)	Casado (a)	8	3,93	,747	1,101 0,344
	Viúvo (a)	22	4,20	,599	
	Divorciado (a) ou Solteiro (a)	6	3,86	,347	
Sentido da vida (SV)	Casado (a)	8	3,64	,397	0,175 0,840
	Viúvo (a)	22	3,76	,688	
	Divorciado (a) ou Solteiro (a)	6	3,61	,833	

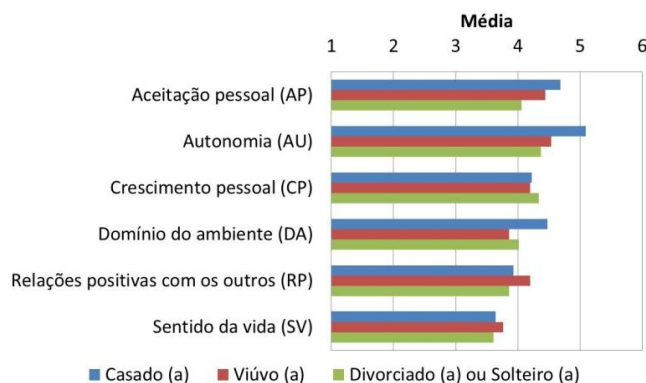
**Tabela 6 - Diferenças significativas e não significativas em relação às seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e a variável estado civil**

Nos resultados do teste à homogeneidade de variâncias constatou-se que o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova é superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para todas as dimensões. Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é um teste adequado.

Verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão Domínio do Ambiente (DA) e o estado civil ( $p = 0,012$ ), constatando-se que esta dimensão é superior para casados e inferior para viúvos e divorciados ou solteiros.

Na amostra, o valor médio da Aceitação pessoal (AP) e Autonomia (AU) é superior para casados e inferior para divorciados ou solteiros, o valor médio do Crescimento pessoal (CP) é superior para divorciados ou solteiros, o valor médio das Relações positivas com os outros (RP) e Sentido da vida (SV) é superior para viúvos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

O gráfico 3 ilustra o valor médio das dimensões de bem-estar psicológico relativamente à variável estado civil.



**Gráfico 3 - Valor médio das dimensões do bem-estar psicológico relativamente à variável estado civil**

Neri (2007a) afirma que as maiores taxas de insatisfação global com a vida se verificam em pessoas com piores índices de saúde percebida e em situação de viuvez e, Burman e Margolin (1992, *in* Passareli e Silva, 2007) constataram que as pessoas casadas apresentam uma melhor saúde física e psicológica e vivem mais tempo quando comparadas às pessoas solteiras.

Verifica-se parcialmente a hipótese 1 “O bem-estar psicológico (BEP) difere em função das variáveis sociodemográficas: sexo, idade e estado civil”, pois apenas a dimensão da Aceitação pessoal (AP) do bem-estar psicológico é superior para as idades intermédias (75-84 anos) e, a dimensão do Domínio do ambiente (DA) é superior no estado civil para casados.

#### **4.1.2. Relação entre bem-estar psicológico (BEP) e variáveis pessoais e contextuais**

Na *Hipótese 2: Há uma relação entre bem-estar psicológico, a satisfação com a saúde, a vivência religiosa (pessoa crente ou não), a satisfação com a situação económica, a satisfação com a vida social e a satisfação com a vida afetiva*, pretende-se verificar se existe uma relação entre bem-estar psicológico, a satisfação com a saúde, a vivência religiosa (pessoa crente ou não), a satisfação com a situação económica, a satisfação com a vida social e a satisfação com a vida afetiva.

#### 4.1.2.1. Satisfação com a saúde, satisfação com a situação económica, satisfação com a vida social e satisfação com a vida afetiva

Todas as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas ou em escala de *Likert*, pelo que podem ser analisadas utilizando o coeficiente *r* de correlação de Pearson.

O pressuposto da normalidade não se verifica para as variáveis relativas à satisfação, cuja relação será estudada com as dimensões do bem-estar psicológico, pelo que deve utilizar-se o coeficiente de correlação de Spearman.

De seguida, na tabela 7, ilustram-se os resultados em relação às seis dimensões da escala de Bem-estar psicológico com a satisfação com a saúde, com a situação económica, com a vida social e com a vida afetiva.

As correlações são assinaladas com (\*) se forem significantes para um valor de referência de 5%, sendo correlações normais e com (\*\*) se forem significantes para um valor de referência de 1%, sendo correlações fortes.

Ta tabela 7 encontra-se a Relação entre as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e as variáveis satisfação com a saúde, vivência religiosa, satisfação com a situação económica, satisfação com a vida social e satisfação com a vida afetiva.

Dimensões das Escalas de BEP		Satisfação			
		Satisfação Com Saúde	Situação Económica	Satisfação Vida Social	Satisfação Vida Afetiva
Aceitação pessoal (AP)	<i>r</i>	,323	,281	,186	,238
	<i>P</i>	,055	,097	,278	,162
	<i>N</i>	36	36	36	36
Autonomia (AU)	<i>r</i>	,152	,290	-,047	,196
	<i>P</i>	,377	,087	,788	,253
	<i>N</i>	36	36	36	36
Crescimento pessoal (CP)	<i>r</i>	,344(*)	,194	,401(*)	,184
	<i>P</i>	,040	,257	,015	,281
	<i>N</i>	36	36	36	36
Domínio do ambiente (DA)	<i>r</i>	,425(**)	,324	,226	,031
	<i>P</i>	,010	,054	,186	,858
	<i>N</i>	36	36	36	36
Relações positivas com os outros (RP)	<i>r</i>	,157	,323	,338(*)	,051
	<i>P</i>	,359	,055	,044	,768

	N	36	36	36	36
Sentido da vida (SV)	<i>r</i>	,163	,210	,313	,056
	<i>P</i>	,343	,219	,063	,744
	N	36	36	36	36

**Legenda:** \*\* Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.; \* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05.

**Tabela 7 - Relação entre as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e as variáveis satisfação com a saúde, vivência religiosa, satisfação com a situação económica, satisfação com a vida social e satisfação com a vida afetiva**

Como se pode observar na tabela 7, apenas se verificam relações estatisticamente significativas entre: Crescimento pessoal (CP) e Satisfação Com Saúde ( $r = 0,344$ ;  $p = 0,40$ ) e Satisfação Vida Social ( $r = 0,401$ ;  $p = 0,015$ ); Domínio do ambiente (DA) e Satisfação Com Saúde ( $r = 0,425$ ;  $p = 0,10$ ); Relações positivas com os outros (RP) e Satisfação Vida Social ( $r = 0,338$ ;  $p = 0,44$ ).

As relações são **positivas**, o que significa que quem apresenta maiores valores nas dimensões referidas do bem-estar psicológico apresenta valores mais elevados nas variáveis referidas que medem a satisfação.

Assim, verifica-se parcialmente a hipótese “H2: Há uma relação entre bem-estar psicológico, a satisfação com a saúde, a satisfação com a situação económica, a satisfação com a vida social e a satisfação com a vida afetiva”.

Tal como nós, Chang (1998, *in* Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007, p. 239) constatou existir uma relação positiva entre bem-estar e o índice de **satisfação com a vida** e Scheier, Matthews, Owens, Schulz, Bridges, Magovern e Carver (1999, *in* Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007, p. 239) verificaram que o bem-estar sofre influência por parte de **saúde** (boa). Neri (2007a), por seu lado, refere que as taxas de maior insatisfação global com a vida se verificam em pessoas com piores índices de **saúde** percebida e, em situação de institucionalização, relação essa que também foi comprovada no presente estudo.

Em relação à satisfação com a **vida social**, os resultados reforçam o defendido por Diener e Seligman (2004), que quanto mais grupos de amigos e relações fortes os indivíduos estabelecerem, melhor será o bem-estar subjetivo. Bernad (2008) também constatou que o bem-estar é influenciado pelo número de amigos e pela valorização do apoio social recebido.

Medeiros e Ferreira (2008), também constataram que a satisfação com a vida social se relaciona com as Relações positivas com os outros (RP); a vida social com o Crescimento pessoal (CP); a saúde com o Sentido de vida (SV), a Aceitação pessoal (AP), o Domínio do ambiente (DA) e o Crescimento pessoal (CP). Também verificaram que a vivência religiosa se relaciona com o Sentido da vida (SV), a Aceitação pessoal (AP) e o Crescimento pessoal (CP).

#### **4.1.2.2. Prática religiosa**

Uma vez que todos os elementos da amostra são crentes da Religião Católica, a análise será realizada em função da frequência da prática religiosa traduzida no número de vezes que participam na missa, ou seja, se estes vivem a espiritualidade indo à missa.

Como as categorias “nunca”, “nas grandes festas” e “uma vez por mês” apresentam poucas observações, serão agregadas na mesma categoria; como a categoria “todos os dias” apenas apresenta duas observações, será agregada à categoria “várias vezes por semana”, portanto, a variável foi recodificada em três categorias:

A prática religiosa é uma variável qualitativa ordinal, pelo que também se utilizou a ANOVA para realizar o cruzamento entre estas variáveis.

Nos resultados do teste à homogeneidade de variâncias: verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para todas as dimensões. Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada.

De acordo com a ANOVA as hipóteses anteriormente definidas verificam-se, obtendo-se um valor de prova inferior a 5% para a dimensão Sentido da vida (SV) e rejeitando-se a hipótese da sua média ser igual para todas as categorias da prática religiosa: verificam-se diferenças significativas.

Por seu lado, o valor de prova é superior a 5% para as restantes dimensões, aceita-se a hipótese da sua média ser igual para todas as categorias da prática religiosa, não se verificando diferenças significativas.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, já vimos que é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors), o qual permitiu concluir que o pressuposto da normalidade se verifica para três das dimensões, mas não se verifica para as dimensões Crescimento pessoal (CP), Relações positivas com os outros (RP) e

Sentido da vida (SV), pois pelo menos um valor de prova é inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula.

Na tabela 8 que se segue, ilustram-se as diferenças não significativas e significativas em relação às seis dimensões de BEP e a variável prática religiosa.

Dimensões das Escalas de BEP		N	Média	Desvio padrão	F (ANOVA) <sub>2,33</sub> Qui <sub>2</sub>	p
Aceitação pessoal (AP)	Menos de uma vez por mês	6	4,13	,407	F = 1,154	,328
	Uma vez por semana	18	4,47	,611		
	Mais de uma vez por semana	12	4,52	,451		
Autonomia (AU)	Menos de uma vez por mês	6	4,51	,520	F = 0,208	,813
	Uma vez por semana	18	4,62	,738		
	Mais de uma vez por semana	12	4,72	,539		
Crescimento pessoal (CP)	Menos de uma vez por mês	6	3,94	,518	Qui = 1,47	0,479
	Uma vez por semana	18	4,20	,566		
	Mais de uma vez por semana	12	4,41	,578		
Domínio do ambiente (DA)	Menos de uma vez por mês	6	4,09	,551	Qui = 4,19	0,123
	Uma vez por semana	18	3,94	,563		
	Mais de uma vez por semana	12	4,11	,457		
Relações positivas com os outros (RP)	Menos de uma vez por mês	6	3,65	,505	F = 2,377	,109
	Uma vez por semana	18	4,10	,600		
	Mais de uma vez por semana	12	4,28	,590		
Sentido da vida (SV)	Menos de uma vez por mês	6	3,31	,764	Qui = 7,12	*,028
	Uma vez por semana	18	3,60	,617		
	Mais de uma vez por semana	12	4,08	,473		

Legenda: \* diferença significativa para  $p < 0,05$

**Tabela 8 - Diferenças significativas e não significativas entre as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e a ida à missa**

O valor de prova é inferior a 5% para a dimensão Sentido da vida (SV), ou seja, os resultados da ANOVA são confirmados.

O valor médio do Sentido da vida (SV) aumenta com o aumento da frequência com que vai à missa, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, o valor médio da Aceitação pessoal (AP), Autonomia (AU), Crescimento pessoal (CP) e Relações positivas com os outros (RP) aumenta com o aumento da frequência com que vai à missa, o valor médio do Domínio do ambiente (DA) é inferior para os que vão à missa uma vez por semana, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Há uma relação entre bem-estar psicológico, a satisfação com a saúde, a vivência religiosa (pessoa crente ou não), apenas se verifica na dimensão Sentido da vida (SV), uma vez que esta aumenta com o aumento da frequência com que vai à missa.

Um dos motivos para estes resultados, pode dever-se ao facto de a espiritualidade permitir às pessoas encontrarem um rumo e um propósito para as suas vidas, uma vez que lhes permite responder a um conjunto de questões que originam angústia e infelicidade, como relata Watson (2000). Outro motivo deve-se à diminuição do sentimento de solidão e, conseqüentemente, do aumento de felicidade advindo da participação dos indivíduos em ritos nos quais existe uma congregação dos fiéis (Watson, 2000).

Verifica-se, assim, que o comprometimento com a fé, através da religiosidade influencia o bem-estar psicológico dos indivíduos, ao constatar-se que as pessoas mais religiosas ou espiritualistas evidenciam maiores índices tanto de felicidade como de satisfação com a vida (Moreira-Almeida, Neto e Koenig, 2006; Argyle, 2001).

Bernad (2008), Oliveira (2010) e Medeiros e Ferreira (2011) partilham da mesma opinião, referindo que as crenças religiosas foram consideradas influências decisivas no bem-estar psicológico das pessoas idosas.

No estudo de Medeiros e Ferreira (2008) constatou-se existirem relações significativas e positivas entre a perceção de controlo pessoal (gestão da sua vida) com as diferentes dimensões do bem-estar (Aceitação pessoal; Autonomia; Crescimento pessoal; Domínio do ambiente; as Relações positivas com os outros e o Sentido da vida) e a vivência religiosa e as dimensões do sentido da vida, Aceitação pessoal (AP) e Crescimento pessoal (CP).

#### 4.1.3. Relação entre bem-estar (BEP), otimismo, autoestima, extroversão e satisfação com a vida

Na Hipótese 3 “*Existe uma relação entre o bem-estar psicológico (BEP) o otimismo, a autoestima, a extroversão e a satisfação com a vida*”, pretende-se verificar se o bem-estar psicológico sofre influência por parte destas variáveis.

Todas as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, pelo que podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson R, pois como já verificámos anteriormente, o pressuposto da normalidade verifica-se para todas as variáveis.

De seguida, apresenta-se a tabela 9 que relaciona a Escala de Otimismo LOT-R e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) com as dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff.

Dimensões das Escalas de BEP		Escala de Optimism o LOT-R	Escala de satisfação com a Vida
Aceitação pessoal (AP)	<i>r</i>	,366(*)	,327
	<i>P</i>	,028	,051
	<i>N</i>	36	36
Autonomia (AU)	<i>r</i>	,196	,219
	<i>P</i>	,253	,200
	<i>N</i>	36	36
Crescimento pessoal (CP)	<i>r</i>	,288	,402(*)
	<i>P</i>	,088	,015
	<i>N</i>	36	36
Domínio do ambiente (DA)	<i>r</i>	,605(**)	,519(**)
	<i>P</i>	,000	,001
	<i>N</i>	36	36
Relações positivas com os outros (RP)	<i>r</i>	,211	,212
	<i>P</i>	,217	,214
	<i>N</i>	36	36
Sentido da vida (SV)	<i>r</i>	,407(*)	,511(**)
	<i>P</i>	,014	,001
	<i>N</i>	36	36

**Legenda:** \*\* Correlação forte, para um nível de significância de 0.01; \* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05.

**Tabela 9 - Relação entre a Escala de Otimismo LOT-R e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff**

Seguidamente, na tabela 10, irão ilustrar-se as diferenças não significativas e significativas entre as seis dimensões de BEP, a Escala de Autoestima de Rosenberg e o Inventário de Personalidade NEO-PI-R.

Dimensões das escalas de BEP	Valor de $r$ e $p$		Escala de Autoestima
		NEO-PI-R	
Aceitação pessoal (AP)	$r$	,288	,484(**)
	$P$	,089	,003
	N	36	36
Autonomia (AU)	$r$	-,053	,195
	$P$	,758	,253
	N	36	36
Crescimento pessoal (CP)	$r$	,405(*)	,363(*)
	$P$	,014	,029
	N	36	36
Domínio do ambiente (DA)	$r$	,501(**)	,475(**)
	$P$	,002	,003
	N	36	36
Relações positivas com os outros (RP)	$R$	,224	,268
	$P$	,189	,114
	N	36	36
Sentido da vida (SV)	$R$	,620(**)	,452(**)
	$P$	,000	,006
	N	36	36

Legenda: \*\* Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.; \* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05.

**Tabela 10 - Relação entre o Inventário de Personalidade NEO-PI-R e a Escala de Autoestima de Rosenberg com as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico**

A partir da análise das tabelas expostas anteriormente, verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre: Aceitação pessoal (AP) e o Otimismo ( $r = 0,366$ ;  $p = 0,028$ ); Crescimento pessoal (CP) e a Satisfação com a Vida ( $r = 0,402$ ;  $p = 0,015$ ); Domínio do ambiente (DA) e o Otimismo ( $r = 0,605$ ;  $p = 0,000$ ) e a Satisfação com a Vida ( $r = 0,519$ ;  $p = 0,001$ ); e Sentido da vida (SV) e o Otimismo ( $r = 0,407$ ;  $p = 0,014$ ) e a Satisfação com a Vida ( $r = 0,511$ ;  $p = 0,001$ ).

As relações acima retratadas são **positivas**, o que significa que quem apresenta maiores valores nas dimensões referidas do bem-estar psicológico apresenta valores mais elevados na Escala de Otimismo LOT-R e Escala de satisfação com a Vida.

Constata-se, também, relações estatisticamente significativas entre: Aceitação pessoal (AP) e Autoestima ( $r = 0,484$ ;  $p = 0,003$ ); Crescimento pessoal (CP) e a Personalidade ( $r = 0,405$ ;  $p = 0,014$ ) e a Satisfação com a Vida ( $r = 0,363$ ;  $p = 0,029$ );

Domínio do ambiente (DA) e a Personalidade ( $r = 0,501$ ;  $p = 0,002$ ) e a Satisfação com a Vida ( $r = 0,475$ ;  $p = 0,003$ ); Sentido da vida (SV) e a Personalidade ( $r = 0,620$ ;  $p = 0,000$ ) e a Satisfação com a Vida ( $r = 0,452$ ;  $p = 0,006$ ).

As relações retratadas anteriormente são **positivas**, o que significa que quem apresenta maiores valores nas dimensões referidas do bem-estar psicológico apresenta valores mais elevados no Inventário de Personalidade NEO-PI-R e Escala de Auto-Estima.

Em suma, a hipótese H3 - “Existe uma relação entre o bem-estar psicológico (BEP) o otimismo, a autoestima, a extroversão e a satisfação com a vida” apenas se verifica para algumas dimensões do bem-estar psicológico no que concerne ao otimismo, à autoestima e à satisfação com a vida.

Os resultados obtidos na presente investigação corroboram o averiguado por Bernad (2008), segundo o qual os traços de personalidade (sobretudo a extroversão, o otimismo, a auto-estima, as tendências anti-depressivas, o controlo das emoções, a visão realista do passado, a capacidade e flexibilidade de adaptação a novas culturas e a novas situações, a valorização do apoio social recebido) são considerados influências decisivas no bem-estar psicológico das pessoas idosas. Também Medeiros (2012), Medeiros e Ferreira (2011) e Oliveira (2010) constataram existir uma relação entre bem-estar psicológico e o otimismo. Além disso, Medeiros e Ferreira (2008), verificaram existir uma relação entre o bem-estar psicológico, a autoestima e a extroversão.

A justificativa para estes resultados deve-se, segundo Ferraz *et al.* (2007), aos otimistas tenderem a não culpar-se pelos acontecimentos (“não é minha culpa”) e serem instáveis (“não acontecerá novamente”) e específicos (“isso se aplica apenas a esse evento”), pois tais características conferem-lhes um melhor estado de humor, maior motivação e perseverança, além de melhores condições no que respeita à saúde física e à estimulação de redes de suporte social. Assim, os resultados obtidos confirmam que as pessoas otimistas são portadoras de um melhor estado de humor, maior motivação e perseverança, além de melhores condições no que respeita à saúde física e à estimulação de redes de suporte social, o que é indicativo de melhor bem-estar psicológico.

Em relação à autoestima, esta encontra-se relacionada com a autoavaliação do indivíduo no que concerne ao reconhecimento que este faz do seu valor e das suas características positivas e negativas (Siqueira e Padovam, 2008), ao deparar-se com situações de dependência, a autoestima das pessoas idosas poderá, eventualmente, diminuir. Isto está de acordo com o presente estudo, no sentido em que a Aceitação

peçoal (AP), o Domínio do ambiente (DA) o Sentido de vida (SV), encontram-se fortemente relacionados com a autoestima dos participantes, isto é, os que têm uma maior Autonomia (AU), um melhor Domínio do ambiente (DA) e um melhor Sentido da vida (SV), têm uma melhor autoestima.

#### **4.1.4. Relação entre bem-estar psicológico (BEP) e o tempo de permanência na instituição (Lar)**

A partir da Hipótese 4, *Existe uma relação entre o nível de bem-estar psicológico e o tempo de permanência da pessoa idosa na instituição (Lar)*, pretende-se confirmar ou não a existência de uma relação entre o nível de bem-estar psicológico e o tempo de permanência da pessoa idosa na instituição (lar).

Para permitir a realização da análise, o ano de entrada para a instituição civil foi recodificado em três categorias: 2002 a 2008; 2009 e 2010; 2011 e 2012 como se verifica na tabela 11.

	Frequência	Percentagem
2002 a 2008	11	30,6
2009 e 2010	8	22,2
2011 e 2012	17	47,2
Total	36	100,0

**Tabela 11 - Recodificação do ano de entrada para a instituição civil em três categorias**

O ano de entrada no Lar é uma variável qualitativa ordinal, por isso recorreu-se ao teste da ANOVA para realizar o cruzamento entre estas variáveis.

Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para todas as dimensões. Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada.

O valor de prova é inferior a 5% para a dimensão Aceitação pessoal (AP), rejeita-se a hipótese da sua média ser igual para todas as categorias do ano de entrada para o lar: verificam-se diferenças significativas.

O valor de prova é superior a 5% para as dimensões Autonomia (AU), Crescimento pessoal (CP), Domínio do ambiente (DA), Relações positivas com os outros (RP) e Sentido da vida (SV), aceita-se a hipótese da sua média ser igual para

todas as categorias do ano de entrada para o lar: não se verificam diferenças significativas.

O pressuposto da normalidade verifica-se para todas as dimensões, pois os valores de prova são superiores a 5%, pelo que se aceita a hipótese nula.

Como se verificam todos os pressupostos, não é necessário confirmar os resultados do teste paramétrico com o teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis.

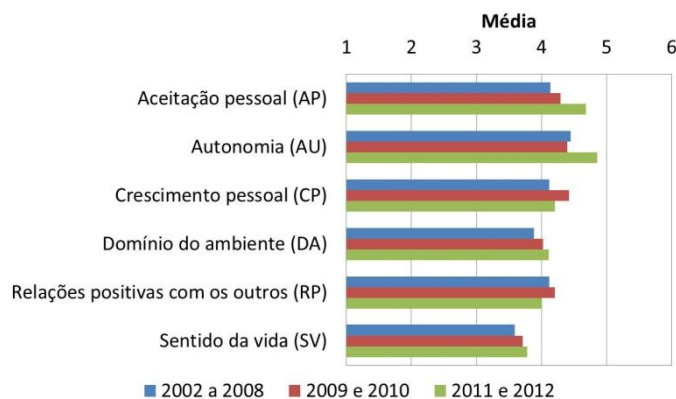
De seguida, ilustram-se os resultados em relação às seis dimensões de BEP e o ano de entrada na instituição, através da tabela 12.

<b>Dimensões das Escalas de BEP</b>		<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>F (ANOVA)<sub>2,33</sub></b>	<b>P</b>
Aceitação pessoal (AP)	2002 a 2008	11	4,14	,640	4,642	0,017*
	2009 e 2010	8	4,30	,434		
	2011 e 2012	17	4,69	,392		
Autonomia (AU)	2002 a 2008	11	4,45	,789	2,224	0,124
	2009 e 2010	8	4,40	,420		
	2011 e 2012	17	4,86	,551		
Crescimento pessoal (CP)	2002 a 2008	11	4,12	,402	0,660	0,523
	2009 e 2010	8	4,42	,662		
	2011 e 2012	17	4,21	,625		
Domínio do ambiente (DA)	2002 a 2008	11	3,88	,659	0,627	0,540
	2009 e 2010	8	4,03	,435		
	2011 e 2012	17	4,11	,463		
Relações positivas com os outros (RP)	2002 a 2008	11	4,12	,465	0,316	0,731
	2009 e 2010	8	4,21	,527		
	2011 e 2012	17	4,00	,729		
Sentido da vida (SV)	2002 a 2008	11	3,59	,655	0,278	0,759
	2009 e 2010	8	3,71	,519		
	2011 e 2012	17	3,78	,719		

**Legenda:** \* diferença significativa para  $p < 0,05$

**Tabela 12 - Relação entre as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e a variável ano de entrada na instituição**

De seguida no gráfico 4, ilustram-se as diferenças não significativas e significativas, através dos seus valores médios.



**Gráfico 4 - Valor médio das dimensões do bem-estar psicológico relativamente à variável ano de entrada para a instituição**

O valor médio da Aceitação pessoal (AP) diminui com o aumento do tempo de permanência no lar, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. De acordo com Neri (2007a) também se têm verificado taxas de maior insatisfação global com a vida em pessoas institucionalizadas.

Na amostra, o valor médio da Autonomia (AU) é superior para os que entraram há menos de dois anos para o lar, o valor médio do Crescimento pessoal (CP) é superior para os que entraram em 2009 e 2010, o valor médio do Domínio do ambiente (DA) e Sentido da vida (SV) diminui com o aumento do tempo de permanência no lar, o valor médio das Relações positivas com os outros (RP) é superior para os que entraram em 2009 e 2010 e inferior para os que entraram em 2011 e 2012, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Não se verifica a hipótese “H4: O bem-estar psicológico relaciona-se com o ano de entrada para a instituição”, apenas com a exceção da Aceitação pessoal (AP), que diminui com o aumento do tempo de permanência no lar. Apenas para esta dimensão se verifica a hipótese.

Estes resultados apontam para o facto de as instituições abrangidas pelo estudo não propiciarem o isolamento social das pessoas idosas, indo contra o pressuposto defendido por Espitia e Martins (2006) e Magesky, Modesto e Torres (2009).

#### **4.1.5. Relação entre bem-estar psicológico (BEP) e atividades de tempos livres realizadas**

A *Hipótese 5* – “Há uma relação entre bem-estar psicológico e as atividades de tempos livres realizadas (número e tipo de atividade)” – pretende avaliar se existem diferenças no bem-estar psicológico dos participantes, tendo em conta o tipo e o número de atividades de tempos livres por estes realizadas.

As atividades de tempos livres mais realizadas pelos participantes foram as seguintes: Ver TV e Ouvir música, cada assinalada por 83%; Ler e Atividades Voluntárias, com valores perto dos 40%; Crochet e bordar, Sair C/ Amigos e Viajar, com valores entre 20%- 25%; Ginásio/ Desporto com 17% e Participar nas tarefas do Lar com 11%; assinaladas por menos de 10% Pintar, Ir Cinema e Não Fazer Nada.

Em relação às restantes atividades, são indicadas “Passear a pé” por quatro elementos da amostra; “Fazer trabalhos manuais” por dois elementos; e os restantes “Cantar e fazer versos”, “Cozer pão/ filhós”, “Conversar”, “Escrever”, “Passear a pé e fazer terços”, “Trabalhar nas terras”, “Escrever, tocar viola e assistir a jogos de futebol ao vivo”, “Pescar e ouvir futebol”, “Passear a pé e conversar”, “Fazer quadras e poemas”, “Trabalhar nas terras e fazer comida”, “Jogar às cartas e ao dominó”, “Cuidar do quintal”, são indicados apenas por um elemento da amostra cada.

Constata-se que as seguintes atividades são realizadas estritamente no ambiente externo às instituições de longa permanência do estudo e que não são promovidas pelos Lares, nomeadamente: cozer pão/filhós e cuidar do quintal, atividades realizadas nas casas dos próprios clientes; pescar; trabalhar nas terras; e passear, com outros clientes ou individualmente.

No que concerne ao ao número de atividades, constata-se que, no mínimo, um elemento da amostra realiza apenas uma atividade de Tempos Livres e no máximo um elemento da amostra realiza 11 atividades de Tempos Livres, observando-se também os restantes valores listados.

Todas as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, pelo que podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson R, pois

como já verificámos anteriormente, o pressuposto da normalidade verifica-se para todas as variáveis.

De seguida, será apresentada a tabela com o coeficiente de correlação de Pearson e valor de prova do teste.

<b>Dimensões das Escalas de BEP</b>		<b>Número de atividades de Tempos Livres realizadas</b>
Aceitação pessoal (AP)	<i>r</i>	-,051
	<i>P</i>	,769
	<i>N</i>	36
Autonomia (AU)	<i>r</i>	,007
	<i>P</i>	,969
	<i>N</i>	36
Crescimento pessoal (CP)	<i>r</i>	,206
	<i>P</i>	,229
	<i>N</i>	36
Domínio do ambiente (DA)	<i>R</i>	,221
	<i>P</i>	,195
	<i>N</i>	36
Relações positivas com os outros (RP)	<i>r</i>	,129
	<i>P</i>	,453
	<i>N</i>	36
Sentido da vida (SV)	<i>r</i>	,432(**)
	<i>P</i>	,009
	<i>N</i>	36

Legenda: \*\* Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.

**Tabela 13 - Correlações entre as seis dimensões de Bem-estar Psicológico de Ryff e o número de atividades de tempos livres realizadas**

As correlações são assinaladas com (\*) se forem significantes para um valor de referência de 5%, sendo correlações normais e com (\*\*) se forem significantes para um valor de referência de 1%, sendo correlações fortes.

Quando a correlação entre duas variáveis for significativa (apresentar um valor de prova inferior a 5%) é assinalada. As correlações estatisticamente significantes são sempre positivas, o que significa que a um aumento de uma variável corresponde uma diminuição significativa da outra.

Verifica-se apenas uma relação estatisticamente significativa e positiva entre Sentido da vida (SV) e o Número de atividades de Tempos Livres realizadas, o que significa que quem apresenta maiores valores na dimensão Sentido da vida (SV) do

bem-estar psicológico apresenta valores mais elevados no Número de atividades de Tempos Livres realizadas.

Também se pode realizar a análise agrupando o número de atividades de tempos livres realizadas em três categorias, ilustradas na tabela 14.

	Frequência	Percentagem
Uma ou duas atividades	7	19,4
Três ou quatro atividades	15	41,7
Cinco ou mais atividades	14	38,9
Total	36	100,0

**Tabela 14 - Número de atividades de tempos livres realizadas agrupadas em três categorias**

Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para quatro dimensões, mas não as dimensões Crescimento pessoal (CP) e Domínio do ambiente (DA). Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

O valor de prova é inferior a 5% para a dimensão Sentido da vida (SV), por isso rejeita-se a hipótese da sua média ser igual para todas as categorias do Número de atividades de Tempos Livres realizadas: verificam-se diferenças significativas entre as mesmas.

O valor de prova é superior a 5% para as dimensões Aceitação pessoal (AP), Autonomia (AU), Crescimento pessoal (CP), Domínio do ambiente (DA) e Relações positivas com os outros (RP) aceita-se a hipótese da sua média ser igual para todas as categorias do Número de atividades de Tempos Livres realizadas, pelo que não se verificam diferenças significativas entre estas dimensões do bem-estar psicológico e as atividades de Tempos Livres.

O pressuposto da normalidade verifica-se para todas as dimensões, pois os valores de prova são superiores a 5%, pelo que se aceita a hipótese nula.

Como se verificam todos os pressupostos, não é necessário confirmar os resultados do teste paramétrico com o teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis. O valor de prova é superior a 5% para ambas as dimensões: os resultados da ANOVA são confirmados.

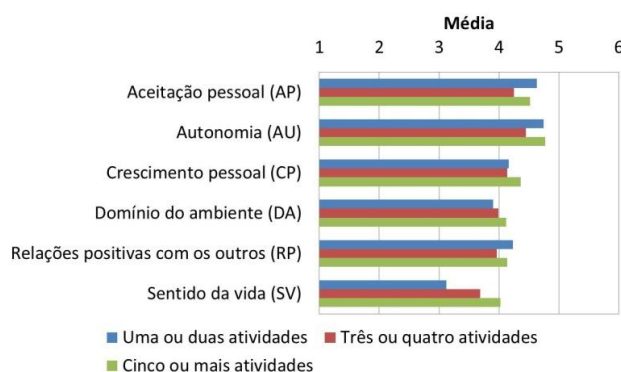
De seguida, na tabela 15, expressam-se os resultados no que concerne às dimensões do bem-estar psicológico e o número de atividades de tempo livre realizadas.

Dimensões das Escalas de BEP		N	Média	Desvio padrão	F (ANOVA) <sub>2,33</sub> Qui <sub>2</sub>	p
Aceitação pessoal (AP)	Uma ou duas atividades	7	4,63	,518	F = 1,568	,224
	Três ou quatro atividades	15	4,25	,641		
	Cinco ou mais atividades	14	4,52	,378		
Autonomia (AU)	Uma ou duas atividades	7	4,74	,270	F = 1,084	,350
	Três ou quatro atividades	15	4,45	,658		
	Cinco ou mais atividades	14	4,77	,714		
Crescimento pessoal (CP)	Uma ou duas atividades	7	4,16	,812	Qui = 1,83	0,401
	Três ou quatro atividades	15	4,13	,497		
	Cinco ou mais atividades	14	4,36	,524		
Domínio do ambiente (DA)	Uma ou duas atividades	7	3,90	,404	Qui = 0,86	0,651
	Três ou quatro atividades	15	3,99	,714		
	Cinco ou mais atividades	14	4,12	,288		
Relações positivas com os outros (RP)	Uma ou duas atividades	7	4,24	,929	F = 0,562	,576
	Três ou quatro atividades	15	3,96	,468		
	Cinco ou mais atividades	14	4,14	,566		
Sentido da vida (SV)	Uma ou duas atividades	7	3,12	,611	F = 5,798	** ,007
	Três ou quatro atividades	15	3,68	,621		
	Cinco ou mais atividades	14	4,03	,497		

Legenda: \* diferença significativa para  $p < 0,05$

**Tabela 15 - Diferenças significativas e não significativas entre as seis dimensões das Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff e o número de atividades de tempo livre realizadas**

O valor médio do Sentido da vida (SV) aumenta com o aumento do Número de atividades de Tempos Livres realizadas, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. O gráfico 5, que se segue, ilustra o Valor médio das dimensões do bem-estar psicológico relativamente à variável número de atividades de tempo livre realizadas.



**Gráfico 5 - Valor médio das dimensões do bem-estar psicológico relativamente à variável número de atividades de tempos livres realizadas**

Na amostra, o valor médio da Aceitação pessoal (AP), Autonomia (AU) e Relações positivas com os outros (RP) é inferior para os que realizam três ou quatro atividades, o valor médio do Crescimento pessoal (CP) é superior para os que realizam cinco ou mais atividades, o valor médio do Domínio do ambiente (DA) aumenta com o aumento do Número de atividades de Tempos Livres realizadas, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Desta forma, verifica-se a hipótese “H5 O bem-estar psicológico relaciona-se com as atividades de tempos livres realizadas” apenas para a relação entre Sentido da vida (SV) e Número de atividades de Tempos Livres realizadas; em que o Sentido da vida (SV) aumenta para quem realiza mais atividades de Tempos Livres.

Os resultados vão ao encontro do estudo de Medeiros e Ferreira (2008) que comprovaram que o bem-estar psicológico tem uma relação com as atividades de ocupação dos tempos livres (ler, ouvir música, pintar, frequentar a Universidade, sair com os amigos, entre outros). Constata-se, assim, que os psicólogos que trabalham nas instituições de longa permanência têm de centrar-se nas pessoas idosas e delinear as técnicas e condições que permitam conservar um funcionamento ótimo ao envelhecer (Fontaine, 2000).

O estudo estatístico das hipóteses encontra-se no anexo 5.

\*\*\*

Em síntese, neste estudo verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre:

(i) a Aceitação pessoal (AP) e a idade (normal), sendo esta superior na faixa etária entre os 65 e os 74 anos; o otimismo (normal); a autoestima (forte); e o ano de entrada na instituição (normal);

(ii) o Crescimento pessoal (CP) e a satisfação com a saúde (normal); a vida social (normal); a satisfação com a vida (normal); a extroversão (normal); e a autoestima (normal);

(iii) as Relações positivas com os outros (RP) e a satisfação com a vida social, sendo a relação normal;

(iv) o Domínio do ambiente (DA) e o estado civil (normal), constatando-se um maior domínio nos clientes casados; a satisfação com a saúde (forte); otimismo (forte); a satisfação com a vida (forte); a extroversão (forte); e a autoestima (forte);

(v) o Sentido da vida (SV) e a vivência religiosa (normal); o otimismo (normal); a satisfação com a vida (forte); a extroversão (forte); a autoestima (forte); e o número de atividades de tempos livres (forte).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo e a dimensão de bem-estar psicológico Autonomia (AU).

## **CAPÍTULO V**

# **LIMITAÇÕES, IMPLICAÇÕES E CONTRIBUTOS PARA UMA POSSÍVEL INTERVENÇÃO**

### **5.1. Limitações do estudo**

Esta investigação, apesar de ter sido realizada com muito rigor, esforço e empenho, não está isenta de críticas e limitações. Em primeiro lugar, as limitações temporais impediram a concretização de alguns objetivos que haviam sido propostos aquando a delineação do estudo, nomeadamente no que concerne à aplicação de um programa de intervenção com atividades, delineado após os resultados, de modo a verificar a existência de mudanças na população-alvo.

Nesse âmbito, ressalte-se que a investigação foi realizada num espaço descontínuo ao *campus* de Ponta Delgada e que os dados apenas puderam ser recolhidos no mês de Janeiro, visto a investigadora se encontrar em situação de estágio curricular na Ilha de São Miguel e só poder aproveitar o mês de pausa inter-semesteral.

Em segundo lugar, encontraram-se limitações do foro bibliográfico se contextualizarmos na dimensão do país, visto não existirem ainda muitos estudos respeitantes à temática do *bem-estar psicológico* em Portugal e os poucos existentes são bastante dispersos e pouco consistentes. As conclusões dos estudos realizados, no entanto, não permitem realizar uma fundamentação mais afincada no contexto nacional, pois são investigações desenvolvidas em contextos anglo-saxónicos.

Outra limitação prendeu-se com a falta de adesão por parte de todos os clientes dos lares das ilhas de Flores e Corvo, com as faculdades mentais preservadas, facto que respeitámos mas, se por um lado, é revelador da falta de motivação para a abertura à experiência, só em si preocupante, por outro lado, restringe e dificulta ainda mais a investigação com adultos em idade avançada.

### **5.2. Implicações**

Ao nível das implicações do estudo, consideramos a possibilidade do aproveitamento dos seus resultados na reflexão do exercício da Psicologia, sobretudo nas instituições de longa permanência.

Considerámos ser importante a realização de estudos nos lares de longa permanência nas restantes ilhas do Arquipélago dos Açores, de modo a que possam ser realizados esforços para melhorar o bem-estar psicológico dos seus clientes.

Na verdade, esperamos que, cada vez mais, se fomente o envelhecimento ativo das pessoas institucionalizadas, pela sua participação nos diversos setores da sociedade

(atividades turísticas, culturais e desportivas, por exemplo) e pela realização de atividades de estimulação cognitiva, as quais irão contribuir para um melhor desempenho nas atividades de vida diária.

Ressalte-se que o presente trabalho não pretendeu esgotar a temática em foco, dado tratar-se de um tema complexo e multifacetado, mas apenas contribuir para o entendimento das questões mais prementes relacionadas com o cruzamento do bem-estar psicológico e a idade cronológica, nomeadamente, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

Em relação às escalas aplicadas, cremos que estas beneficiariam de um estudo de consistência interna com pessoas com idade superior a 80 anos, de modo a aumentar a fidedignidade dos resultados, o que pode constituir um bom trabalho de investigação futuro.

Outro trabalho extremamente interessante e pertinente seria aplicar um programa de promoção do bem-estar psicológico e de qualidade de vida, a partir dos nossos resultados e indicadores de atividades, isto a um grupo experimental das instituições consideradas nas ilhas do Grupo Ocidental, e deduzir qual a intervenção mais adequada, a partir das necessidades personalizadas dos clientes.

Conscientes, assim, de que muito há a pesquisar e a indagar para que haja uma melhor compreensão desta problemática, esperamos, no entanto, que a presente dissertação permita a reflexão sobre o *Bem-estar Psicológico e qualidade de vida em adultos em idade avançada residentes em instituições de longa permanência*.

### **5.3. Contributos para uma intervenção futura**

De seguida, procede-se à apresentação de um conjunto de atividades, de estimulação cognitiva, de cariz cultural e social, direcionadas para a autoestima e valorização pessoal bem como para colmatar estados depressivos (ou mesmo depressão) e estados de angústia frequentes nos adultos em idade avançada, que poderão ser utilizadas numa futura intervenção.

Como constatado anteriormente, na parte teórica deste estudo, os programas de promoção da saúde compreendem atividades de lazer e de estimulação cognitiva. No que concerne especificamente às atividades de estimulação cognitiva, Goyaz (2003) dá relevo à importância da integração de atividades que apelem à memória, através da

estimulação cognitiva, para que a pessoa idosa aumente o seu bem-estar, a sua autoconfiança, a sua satisfação com a vida e que estabeleça mais relações sociais.

De acordo com Bottino, Carvalho, Alvarez, Ávila, Zukauskas, Bustamante, Andrade, Hototian, Saffi e Camargo (2002) nas sessões de treino cognitivo podem ser realizadas associações verbais, multisensoriais (integrando as informações visuais e verbais), rimas, histórias, leitura e compreensão de textos, para que os objetivos sejam alcançados. Ribeiro e Paúl (2011), por seu lado, referem a procura de letras e de símbolos, os anagramas, o agrupamento e associação de informação e a utilização do computador, especificando a internet para pesquisa de informação e para conhecimento de novas pessoas, opinião partilhada por Bernad (2008).

As técnicas de memorização recorrem a cores, calendários (dias da semana, mês e dias do mês), relógios (hora), além de se poder explorar os temas do quotidiano (Câmara *et al.*, 2009).

A terapia de orientação para a realidade visa reduzir a desorientação e a confusão no adulto em idade avançada, bem como prevenir o enfraquecimento da memória. Para que tal seja possível, é necessário orientar o paciente no tempo e no espaço, trabalhando sempre por meio de pistas ou auxílios externos, recordar o dia do mês, o ano, e o local onde está (Ávila e Miotto, 2002).

Câmara *et al.* (2009) refere que se deve recorrer a atividades que façam alusão a nomes, ambientes e calendários, por exemplo, os quais permitem uma conexão com o passado.

Por seu lado, a terapia de reminiscência visa estimular a recordação de informações passadas através de figuras, fotografias, imagens, músicas, jogos e outros estímulos relacionados com a juventude do mesmo (Penã-Casanova, 1999).

Tendo em conta o acima exposto, sugerem-se as seguintes atividades para os participantes:

- Descoberta de diferenças entre um conjunto de imagens apresentadas em Microsoft PowerPoint e expostas através do retroprojektor. As imagens podem ser alusivas ao Carnaval, ao Natal, à Páscoa, ou a qualquer tema abordado pelos clientes.
- Exposição de quatro imagens, utilizando o Microsoft PowerPoint e o retroprojektor, por cerca de 30 segundos, seguida de uma tarefa distrativa, de modo a que os clientes recordem as figuras. As quatro imagens poderão ou não

pertencer à mesma categoria, por exemplo: televisão, rosa, lápis e vestido ou carro, avião, barco e helicóptero.

- Apresentação de fotografias de figuras públicas, por exemplo, através de projetor e do Microsoft PowerPoint, para o seu reconhecimento, bem como da sua profissão.
- Completar provérbios populares, em folhas de papel A4, dadas a cada cliente.
- Jogos de dados, elaborados em papel, os quais devem conter as letras do alfabeto para que cada cliente refira um nome, um objeto, um animal e país ou cidade. Também poderão conter uma categoria, para que cada cliente identifique elementos a ela pertencentes, por exemplo: cozinha – mesa, pratos, frigorífico e fogão.
- Apresentação de palestras, com recurso ao Microsoft PowerPoint e ao retroprojetor, aos clientes acerca de dias específicos (eg.: Dia de Natal, Dia do Trabalhador e Revolução dos Cravos – 25 de Abril de 1974) e, a partir do apresentado, gerar debates acerca das experiências vividas pelos clientes.
- Criação de um conjunto de quadras individualmente, em folhas A4, alusivas épocas festivas (eg.: Carnaval e Páscoa). As quadras irão ser afixadas num placard, à entrada do Lar, de modo a que as pessoas externas ao Lar possam votar na sua quadra predileta. Irão ser distribuídas lembranças aos três vencedores.
- Realização de adivinhas, em pequenos grupos de seis elementos sendo que, por cada resposta correta, o cliente ganha um ponto.
- Criação de histórias por parte dos clientes, relativamente a datas festivas, sendo que cada cliente deverá apenas dizer uma frase.
- Aulas de informática por parte de um professor que se encontre a lecionar nas escolas pertencentes ao concelho no qual a instituição se encontra. As aulas visam, não só, ensinar todas as competências básicas de utilização do computador, bem como a utilização da *internet* e serão realizadas na escola na qual o professor lecionar.
- Perguntas acerca de determinados assuntos, tais como o Arquipélago dos Açores (eg.: Quais as ilhas que constituem o Grupo Ocidental do Arquipélago dos Açores?). Os clientes que não souberem as respostas, irão aprender e no final ser-lhes-ão efetuadas as mesmas perguntas, de modo a verificar se memorizaram as respostas.

- Elaboração de um livro de receitas, sendo que as mais saudáveis deverão ser feitas ao longo do ano.

As atividades de lazer podem ser, de acordo com Marcellino (1996): atividades físicas, como a ginástica e a dança; atividades que propiciem tanto o relacionamento social como o convívio social; interesses artísticos manifestados pela pessoa e os quais podem estar relacionados com a música, a pintura e a fotografia; interesses manuais como é o caso do artesanato e do bordado; interesses turísticos, os quais incluem passeios e conhecimento de novos espaços; e interesses intelectuais, os quais se caracterizam pelo conhecimento experienciado, pela leitura, por quebra-cabeças e jogos.

As atividades físicas diminuem a ansiedade e a depressão e, aumentam a auto-estima e a atividade cerebral (Cardoso, Japiassú, Cardoso e Levandoski, 2007), além de promover relações sociais e comunicação, aproximar as pessoas da comunidade, contribuir para a integração social, e fomentar a manutenção e a aquisição de funções na sociedade e, conseqüentemente, o desempenho de novos papéis sociais (Ribeiro e Paúl, 2011).

Em relação à dança, esta permite o desenvolvimento sócio-afetivo, psicomotor, perceptivo-cognitivo, da criatividade, da independência e da liberdade, além de ser uma fonte de prazer para quem a pratica e permitir a interação entre o indivíduo e o mundo (Garcia, Glitz, Cestaro, Paz, Dias e Braz, 2009).

Cantar em grupo é de extrema importância para que as pessoas idosas reconheçam as suas potencialidades o que permite, conseqüentemente, aumentar a auto-expressão, o auto-conhecimento, a auto-realização, uma vez que cantar é a prática da expressão e da memória (Zanini, 2003).

Os passeios turísticos e o conhecimento de novos espaços, por seu lado, aumentam a auto-estima, a memória e diminuem o isolamento (Taveira e Cerchiari, 2011) e, permitem a aquisição de conhecimentos, o enriquecimento e o desenvolvimento da sensibilidade, por exemplo (Marcellino, 2002).

Goyaz (2003) defende as experiências intergeracionais, uma vez que a transmissão de conhecimentos permite reviver situações prazerosas, uma maior aproximação social, aumentar a auto-estima, a satisfação e o bem-estar das pessoas idosas além de, segundo Beraldo e Carvalho (2002), repassar saberes, conhecimentos e o resgate da memória pela reavaliação das lembranças.

As peças de teatro permitem a socialização entre os praticantes, desenvolve a capacidade de análise e de crítica, pela troca de ideias entre os mesmos, a imaginação e

a memorização (Dolci, 2004), além de trabalhar não só os sonhos, como as recordações, as alegrias e os medos de quem está a representar (Simões, 2010).

Com base no acima exposto, sugerem-se as seguintes atividades:

- ↪ Criação de um grupo coral para atuar no Natal. Serão convidadas a participar as crianças do ATL e os familiares das pessoas idosas, para que haja um maior contato com o público jovem. Convidar-se-á um (a) Professor (a) de Música para ensaiar os clientes, de modo a que os mesmos possam estar preparados para a atuação no dia da festa. Os dias dos ensaios serão delineados tendo em conta a disponibilidade de cada instituição. Os elementos do grupo coral da instituição que pela sua condição física e capacidades mentais intatas assim o pretenderem, também podem integrar-se no grupo coral da paróquia na qual se encontram.
- ↪ Intercâmbio entre os Lares de Longa Permanência com visitas guiadas. Os clientes deverão, ao longo do caminho tirar fotografias às paisagens de modo a que, no Dia Mundial da Fotografia estas sejam expostas nas escolas do concelho no qual a instituição se encontra. Os alunos da escola irão votar nas suas fotografias prediletas e, os seis clientes com maior número de votos, irão receber uma lembrança. Nessas visitas, devem ser fornecidas informações, as quais serão perguntadas aos clientes quando chegarem à instituição, de modo a que se apele à recordação.
- ↪ Visitas a locais de interesse religioso e cultural. Aquando a chegada ao Lar, será perguntado aos clientes quais as alterações que existiram nesses locais, desde a última vez que estes os visitaram.
- ↪ Baile carnavalesco, seguido de um desfile, no qual se irá votar na melhor fantasia. Serão convidados tocadores externos ao Lar, os quais irão brindar os clientes não só com músicas carnavalescas mas, também, com músicas tradicionais. Contados os votos, serão atribuídos prémios simbólicos aos três primeiros vencedores.
- ↪ Realização de convívios com vizinhos no Dia Europeu do Vizinho (27 de Maio). Os clientes irão convidar os seus antigos vizinhos para um lanche no Lar. Embora o Lar contribua com as bebidas e algumas comidas, pretende-se que cada vizinho leve um doce ou um aperitivo.
- ↪ Visualização de filmes, nos quais serão convidados a assistir familiares e amigos dos clientes.
- ↪ Realização de *whorkshops* pelos próprios clientes e expostos à população mais jovem. Os *workshops* poderão abranger inúmeras temáticas (eg.: Whorkshop de

agricultura e jardinagem efetuado pelos clientes no Dia Mundial da Terra - 22 de Abril) e decorrerão ou na instituição de longa permanência ou nas próprias escolas.

- ↳ Realização de uma exposição de artesanato feito pelos clientes (bordados e tapeçaria, por exemplo). A exposição será na Casa do Povo dos concelhos nos quais as instituições se encontram. A exposição será aberta a toda a população estudantil e a outro público que pretenda participar, nomeadamente os familiares dos clientes. Os visitantes irão votar na sua peça predileta e o vencedor da exposição receberá uma pequena lembrança.
- ↳ Participação ativa dos clientes em festas tradicionais (eg.: elaboração de doces na Festa do Emigrante, os quais serão vendidos numa “barraca”).
- ↳ Realização de peças de teatro por parte das pessoas idosas a retratar, por exemplo, a emigração do povo florentino para os Estados Unidos da América ou o povoamento da ilha do Corvo, inicialmente considerado um ilhéu da Ilha das Flores. Sempre que possível, pretende-se que se realizem intercâmbios que permitem novos relacionamentos com pessoas da mesma faixa etária. As peças irão decorrer nos pavilhões multiusos existentes no concelho e serão abertas ao público em geral. Entre cada atuação, os clientes irão brindar o público com folclore tradicional.

Também se pode recorrer à cromoterapia ou colorterapia visto as cores terem grande influência no ambiente, modificando-o, animando-o ou transformando-o, de maneira a alterar a maneira como as pessoas comunicam e as suas atitudes (Boccanera, Boccanera e Barbosa, 2006). Para que as cores consigam influenciar o ambiente, podem ser utilizadas lâmpadas coloridas, objetos decorativos coloridos e através de cores que transmitam harmonia e se possam utilizar nas paredes, no piso e no teto (Boccanera, Boccanera e Barbosa, 2006). Sugere-se, assim, que sejam utilizadas cores nas diversas divisões das instituições, quer no chão e no teto, quer nos objetos que as compõem.

Ressalte-se, ainda, que cada atividade de estimulação cognitiva deve ter uma duração aproximada 60 minutos e, as atividades que não têm data específica, poderão ser realizadas tendo em conta a disponibilidade de cada instituição.

Em qualquer tipo de atividade, os clientes que não souberem ler nem escrever, serão auxiliados pelos técnicos da instituição e restante equipa. Podem, também, existir pessoas que não saibam as respostas às questões colocadas em algumas das atividades e, nesses casos, espera-se que essas pessoas adquiram conhecimento.

Carmen Pereira – “Envelhecimento e Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo” (2012)

Como verificado, as atividades propostas devem ser flexíveis, alteradas e adaptadas à história de vida a cada adulto em idade avançada, pois só através da atribuição de sentido às suas ações é que a autorrealização será possível (Caldas, 2002).

## **CONCLUSÕES**

## CONCLUSÕES

O envelhecimento é um processo dinâmico de mudanças multidimensionais. Os fatores ambientais, o contexto sociocultural no qual a pessoa idosa está inserida, a forma como organiza e percebe a vida, os papéis sociais que desempenha, as redes de apoio informal, tornam-se cruciais para o aumento da saúde mental e da satisfação com a vida na população idosa (Sequeira, 2010).

O envelhecimento bem-sucedido reflete uma redução de doenças geradoras de perda de autonomia, um elevado nível funcional e cognitivo, a manutenção das relações sociais e um bem-estar subjetivo (Fontaine, 2000).

O bem-estar psicológico é influenciado por fatores subjetivos e individuais como as experiências vivenciais, sexo, idade, estado civil, saúde física e mental, as relações sociais, o nível cultural, as crenças religiosas, os afetos positivos e negativos (dimensão emocional do BES), os traços de personalidade bem como, a satisfação com a vida (dimensão cognitiva do BES) (Bernad, 2008).

Carol Ryff (1989) criou um Modelo de Bem-estar Psicológico, o qual comporta seis dimensões que expressam os fatores que influenciam o bem-estar psicológico, a saber: a auto-aceitação, o estabelecimento de relações positivas com as outras pessoas, a autonomia, o domínio do ambiente, o sentido da vida (a razão de viver) e o crescimento pessoal.

De acordo com os objetivos delineados para esta investigação, podemos concluir a partir dos resultados do estudo que, as pessoas idosas residentes nos lares das Ilhas do Grupo Ocidental do Arquipélago dos Açores não apresentam diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios do bem-estar psicológico em relação à variável sexo, pese embora o sexo masculino apresente um valor médio superior em todas as dimensões. Desta forma, corroboram o estudo de Medeiros e Ferreira (2011), segundo o qual não existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos, embora nesta investigação se tenha verificado apenas a existência de diferenças relativamente à dimensão relações positivas com os outros.

Do presente estudo conclui-se, também, que apenas existem relações positivas entre a variável sociodemográfica idade e a entrada na instituição, com a dimensão Aceitação pessoal (AP), conquanto no seu estudo Medeiros e Ferreira (2011) apenas tenham verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o Crescimento pessoal (CP).

Estes resultados apontam para o facto de as instituições abrangidas pelo estudo não propiciarem o isolamento social das pessoas idosas, indo contra o pressuposto defendido por Espitia e Martins (2006) e Magesky, Modesto e Torres (2009).

Foi possível verificar no presente estudo que embora não existam diferenças estatisticamente significativas para a maioria das dimensões do BEP relativamente à variável idade, o valor médio da Autonomia (AU), Crescimento pessoal (CP), Domínio do ambiente (DA), Sentido da vida (SV) e Relações positivas com os outros (RP), este é superior para a faixa etária entre os 75-84 anos e inferior para as classes etárias 65-74 e 85-95, o que poderá prender-se com características internas e externas como, diminuição da mobilidade das articulações, problemas cardíacos, alteração da acuidade sensorial, a lentificação dos reflexos e das mudanças na memória (cf. Sequeira, 2010), falta de motivação para planear o futuro, atitudes infantis para mendigar afetos, os novos medos (eg.: sobrecarga de familiares, solidão, morte), tendência à depressão, à hipocondria ou somatização, tal como explicita Oliveira (2010).

No que concerne à relação entre o bem-estar psicológico e a variável sociodemográfica estado civil, foi possível verificar que apenas existem diferenças entre a dimensão Domínio do ambiente (DA), revelando-se superior para as pessoas idosas casadas e inferior para viúvos e divorciados ou solteiros, o que vai no mesmo sentido do estudo de Burman e Margolin (1992, *in* Passareli e Silva, 2007) no qual verificaram que as pessoas casadas apresentam melhor saúde física e psicológica bem como, maior longevidade. O estudo de Medeiros (2012), Bernad, (2008) e Medeiros e Ferreira (2008), confirma existir relação entre o estado civil e o Domínio do ambiente (DA).

Podemos também constatar que existe relação entre o bem-estar psicológico, a satisfação com a saúde, a satisfação com a situação económica, a satisfação com a vida social e a satisfação com a vida afetiva, para as relações entre: Crescimento pessoal (CP) e a Satisfação Com Saúde; Crescimento pessoal (CP) e a Satisfação Vida Social; Domínio do ambiente (DA) e a Satisfação Com Saúde; e Relações positivas com os outros (RP) e Satisfação Vida Social; sendo todas as relações positivas. Apenas para estas situações se verifica a hipótese.

Ao nível das dimensões Aceitação pessoal (AP), Autonomia (AU) e Sentido da vida (SV), não se verifica uma relação estatisticamente significativa. Segundo Oliveira (2010) e Medeiros e Ferreira (2011) existe uma relação positiva entre bem-estar e o índice de satisfação com a vida, Scheier, Matthews, Owens, Schulz, Bridges, Magovern e Carver (1999, *in* Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007, p. 239) verificaram que o bem-

estar sofre influência por parte de saúde (boa). Neri (2007a) refere que as taxas de maior insatisfação global com a vida se verificam em pessoas com piores índices de saúde percebida e, em situação de institucionalização.

Em relação à satisfação com a vida social, os resultados reforçam o defendido por Diener e Seligman (2004), que quanto mais grupos de amigos e relações fortes os indivíduos estabelecerem, melhor será o bem-estar subjetivo.

Medeiros e Ferreira (2008) verificaram a existência de relações significativas e positivas entre: a satisfação com a saúde, a vida social e a vida afetiva com o domínio do ambiente e o crescimento pessoal; e entre a satisfação com a vida social com a dimensão das relações positivas com os outros, o que confirma os resultados obtidos no presente estudo.

Relativamente à religiosidade foi possível verificar no presente estudo que, existe relação entre o bem-estar psicológico e a vivência religiosa (pessoa crente ou não), apenas na dimensão Sentido da vida (SV), uma vez que esta aumenta com o aumento da frequência com que os participantes vão à missa.

Verifica-se, assim, que o comprometimento com a fé, através da religiosidade influencia o bem-estar psicológico dos indivíduos, ao constatar-se que as pessoas com maior prática religiosa evidenciam maiores índices tanto de felicidade como de satisfação com a vida (Moreira-Almeida, Neto e Koenig, 2006; Argyle, 2001).

Bernad (2008), Oliveira (2010) e Medeiros e Ferreira (2011) partilham da mesma opinião, referindo que as crenças religiosas influenciam o bem-estar psicológico das pessoas idosas.

Apurámos, igualmente, a existência de uma relação entre o bem-estar psicológico (BEP) e o otimismo, a autoestima, a extroversão e a satisfação com a vida, verificando-se relações positivas entre o otimismo e o Sentido da vida (SV), a Aceitação pessoal (AP) e o Domínio do ambiente (DA); entre a satisfação com a vida e o Crescimento pessoal (CP), o Domínio do ambiente (DA) e o Sentido da vida (SV); entre a extroversão e o Crescimento pessoal (CP), o Domínio do ambiente (DA) e o Sentido da vida (SV); e entre a autoestima e a Aceitação pessoal (AP).

Os resultados obtidos consolidam o averiguado por Bernad (2008), segundo o qual os traços de personalidade (sobretudo a extroversão, o otimismo, a auto-estima, são considerados influências decisivas no bem-estar psicológico das pessoas idosas. Também Medeiros e Ferreira (2011), Medeiros (2012) concluíram existir uma relação positiva entre bem-estar e otimismo.

Finalmente, e no que diz respeito à variável atividades de tempos livres realizadas esta relaciona-se com o bem-estar psicológico apenas para a dimensão Sentido da vida (SV) que aumenta para quem realiza mais atividades de Tempos Livres.

Os resultados vão no sentido do estudo de Medeiros e Ferreira (2008) que comprovaram a existência de relações entre as variáveis psicológicas e sociais com as dimensões do bem-estar, nomeadamente: na ocupação dos tempos livres.

Em suma, o bem-estar psicológico revela-se fundamental no processo de envelhecimento o que, sob o ponto de vista da Psicologia, a presente investigação possibilita uma séria reflexão acerca do que as pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência devem beneficiar.

Desta forma, constata-se que fatores internos e externos da pessoa idosa tornam-se de extrema relevância para o bem-estar psicológico dos clientes, bem como para um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Há que encarar a participação das pessoas idosas na comunidade na qual estão inseridas, com o intuito de fomentar o seu bem-estar psicológico e, conseqüentemente, a sua satisfação com a vida.

Como tal, ressaltamos a importância da existência de programas de promoção da saúde nas instituições de longa permanência e propomos alguns indicadores para um plano de promoção do bem-estar psicológico às pessoas idosas residentes em Lar.

Pese embora não se pretenda generalizar as conclusões, considerámos que as encontradas neste estudo demonstram o alcance dos objetivos a que nos propusémos alcançar.

## Referências bibliográficas

- Albuquerque, F. J. B., Noriega, J. A. V., Coelho, J. A. P. M., Neves, M. T. S., & Martins, C. R. (2006). Valores humanos básicos como preditores do bem-estar subjetivo. *PSICO*, 37 (2), 131-137.
- Amber, R. (1983). *Cromoterapia: A cura através das cores*. Cultrix: São Paulo. <http://www.google.com/books?hl=pt-PT&lr=eid=mXpum2PmWSoCeoi=fndepg=PA9edq=cromoterapia+e+psicologia&ots=iOMSURTN1&sig=rqhNB0elckyFQjdiGYx6piVr13g#v=onepage&qef=false>
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. (2ª ed.). New York: Methuen.
- Assis, M., Hartz, Z. M. A., & Valla, V. V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: Uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (3), 557-581.
- Atcheley, R. C. (1999). Continuity theory, self, and social structure. In C. D. Ryff e V. C. Marshall (Eds.), *The self and society in aging process* (pp. 122-149). New York: Springer.
- Ávila, R., & Miotto, E. (2002). Reabilitação neuropsicológica de deficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29, 190-196.
- Azevedo, M. F. M., Santos, M. S. & Oliveira, R. (2011). Uso da cor no ambiente de trabalho: Uma engonomia de percepção. Universidade Federal de Santa Catarina/PPGEP <http://www.eps.ufsc.br/ergon/revista/artigos/rubia.PDF>
- Babinski, L. R., & Negrine, A. S. O turismo pelas lentes do idoso asilado: um estudo no Asilo Padre Cacique, Porto Alegre – RS. *Revista Hospitalidade*. São Paulo, ano V, n. 2, p. 84-97, 2008.
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., Morris, J. N., Rebok, G. W., Smith, D. M., Tennstedt, S., Unverzagt, F. W., & Willis, S. L. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288 (18), 2271-2281.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: perspective from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press. <http://www.amazon.com/Successful-Aging-Perspectives-Longitudinal-Development/dp/052143582X>
- Baltes, P. B., Featherman, D. L., & Lerner, R. M. (1990). *Life-Span Development and Behavior* (Vol.10). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge: University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The modelo f selective optimization with compensation. In P. B. Baltes, e M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Carmen Pereira – “Envelhecimento e Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo” (2012)

- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlinaging study: Aging from 70 to 105*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barros, J. (2004). Desenvolvimento cognitivo e personológico do idoso. *Psicologia, Educação e Cultura*, 8 (2), 477-507.
- Beraldo, C. C., & Carvalho, M. C. B. N. M. (2002). Política social: Trabalho social com idosos do SESC. In J. C. B. Júnior (Ed.), *Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na terceira idade*. São Paulo: Edicon.
- Bernad, J. A. (2008). *El bienestar psicológico de las personas mayores: Programa de aprendizaje para la tercera edad*. España: Hergué Editorial.
- Boccanera, N. B., Boccanera, F. B., & Barbosa, M. A. (2006). As cores no ambiente de terapia intensiva: Percepções de pacientes e profissionais. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 40 (3), 343-349.
- Botelho, T. M., & Leal, I. (2007). A personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), 127-142.
- Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez A. M., Ávila, R., Zukauskas, P. R., Bustamante, S., Andrade, F. C., Hototian, S. R., Saffi F., & Camargo, C. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doenças de Alzheimer. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60, 70-79.
- Brikman, L. (1989). *A linguagem do movimento corporal*. São Paulo. Sumus. [http://books.google.pt/books?id=6mySLkth92sCeprintsec=frontcoverehl=pt-BResource=gbg\\_summary\\_recad=0#v=onepageeqef=false](http://books.google.pt/books?id=6mySLkth92sCeprintsec=frontcoverehl=pt-BResource=gbg_summary_recad=0#v=onepageeqef=false)
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Caderno Saúde Pública*, 19 (3), 773-781.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients - An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10 (3), 124-177.
- Câmara, V. D., Gomes, S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S. A., Ramos, P. A. F., Lima, J. A. M. C., Câmara, I. C. G., Silva, L. E., Silva, A. B., Ribeiro, M. C., & Fonseca, A. A. (2009). Reabilitação cognitiva das demências. *Revista Brasileira de Neurologia*, 45 (01), 25-33.
- Cabornero, J. & Mendizábal, M. (2004). *Grupos de debate para idosos: Guia prático para coordenadores dos encontros*. São Paulo: Edições Loyola.
- Cardoso, A. S. A., Japiassú, A. T., Cardoso, L. S. A., & Levandoski, G. (2007). O processo de envelhecimento do sistema nervoso e possíveis influências da atividade física. *Publ. UEPG Ciências Biológicas e da Saúde*, 13 (3/4), 29-44.
- Carvalho, F. C. R., Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2010). Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 23 (2), 317-323.
- Cícero, M. T. (1998). *Da velhice (Catão-o-velho)*. Lisboa: Editora Cotovia.
- Coleman, P. G. (1996). Identity management. In later life. In: R. Woods & L. Clare (2008), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*, (2ª ed.). (93-114). [http://books.google.pt/books?id=mq6S1CqOH-kCeprintsec=frontcoverehl=pt-PTesource=gbg\\_summary\\_reredir\\_esc=y#v=onepageeqef=false](http://books.google.pt/books?id=mq6S1CqOH-kCeprintsec=frontcoverehl=pt-PTesource=gbg_summary_reredir_esc=y#v=onepageeqef=false)

- Cunha, M. J. S. (2008). A animação educativa no desenvolvimento pessoal e social de futuros formadores: Uma abordagem centrada na prática teatral. *Revista Portuguesa de Educação*, 21 (2), 161-185.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2001). *Community Psychology: Linking Individuals and Communities*. Belmont, CA: Wadsworth/ Thomson Learning.
- Diener, E., & Suh, M. E. (1997). Subjective well-being and age an international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Direcção Regional de Saúde (2009-2012). Plano Regional de Saúde 2009-2012: Região Autónoma dos Açores. Acedido no dia 23 de Setembro de 2011 in: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/02/PRSACORES.pdf>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.
- Dolci, L. N. (2004). Teatro na educação: Desenvolvendo no aluno a capacidade de integração nos grupos sociais. [http://www.umce.cl/~dialogos/n08\\_2004/netto.swf](http://www.umce.cl/~dialogos/n08_2004/netto.swf)
- Espitia, A. Z., & Martins, J. J. (2006). Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: Encontros e desencontros. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35 (1), 52-59.
- Ferraz, R. B., Tavares, H., & Zilberman, M. (2007). Felicidade: Uma revisão. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34 (5), 234-242.
- Ferreira, J. A., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (EBEP). In M.R. Simões, M.M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 111-121). Braga: APPORT/SHO.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 198-205.
- Formandos do curso EFA- Agente em Geriatria (s.d.). *Prevenção sénior*, 1-16. Viana do Castelo: Psicoviana, Ida. Recuperado em 27 Março, 2011, de <http://www.slideshare.net/geriatriavivermais/revista-preveno-snior>
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortes, A. C. G. & Neri, A. L. (2004). Eventos de vida e envelhecimento humano. Em A. L. Neri, M. S. Yassuda e M. Cachioni (Orgs.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (51-70). Campinas, SP: Papirus. [http://books.google.pt/books?id=kuNSlwLSJRgCepg=PA51elpg=PA51edq=anita+liberalesso+neri+artigos+envelhimentoesource=bleots=AvvYgwwZ zesig=eyPNJcXrpDFGA44OleHxOHUjNZsehl=pt-PTeei=68t8TsilJMGq0QWmwc3YBQesa=Xeoi=book\\_resultect=resulteresnum=9eved=0CGAQ6AEwCDgK#v=onepageeqef=false](http://books.google.pt/books?id=kuNSlwLSJRgCepg=PA51elpg=PA51edq=anita+liberalesso+neri+artigos+envelhimentoesource=bleots=AvvYgwwZ zesig=eyPNJcXrpDFGA44OleHxOHUjNZsehl=pt-PTeei=68t8TsilJMGq0QWmwc3YBQesa=Xeoi=book_resultect=resulteresnum=9eved=0CGAQ6AEwCDgK#v=onepageeqef=false)
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demências. *Analise Sistema Sanitario Navarra*, 3, 383-403.

- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Garcia, J. L., Glitz, N. B., Cestaro, P., Paz, S. L., Dias, T. S., & Braz, L. (2009). A influência da dança na qualidade de vida dos idosos. *Revista Digital – Buenos Aires*, 14 (139), 1-1. <http://www.efdeportes.com/efd139/a-danca-na-qualidade-de-vida-dos-idosos.htm>
- Gauer, G., Souza, M. L., Molin, F. D., & Gomes, W. B. (1997). Terapias alternativas: Uma questão contemporânea em psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 17 (2), 21-32. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v17n2/04.pdf>
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjectivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 12 (1), 43-50.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2007). *Psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goyaz, M. (2003). Vida ativa na melhor idade. *Revista da Universidade Federal de Goiás*, 5 (2), 1-5.
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Tróccoli, B. T., Noriegad, J. A. V., Seabrae, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308.
- Guedes, D. W. O. (2006). Educação continuada e projeto de vida de pessoas idosas. Mestrado em Gerontologia. São Paulo.
- Guimarães, R. C., & Sarsfield Cabral, J. A. (2010). *Estatística* (2ª ed.). Verlag Dashöfer.
- Guiomar, V. C. R. V. (2010). Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada. *O Portal dos Psicólogos*, 1-16.
- Ingleman, R., & Klingemann, H. D. (2000). Genes, culture, democracy and happiness. In E. Diener e E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 165-167). Cambridge: MIT Press.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine\\_indicadoreseindOcorrCod=0001854econtexto=bdeselTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_indicadoreseindOcorrCod=0001854econtexto=bdeselTab=tab2)
- Keys, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kluthcovsky, A. C. G. C., & Takayanagui, A. M. M. (2007). Qualidade de vida: Aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR*, 1 (1), 13-15.
- Labouvie, E. W. (1990). Issues in life-span development. In P. B. Baltes, D. L. Featherman, & R. M. Lerner (Eds), *Life-span development and behavior* (Vol. 10, pp. 54-60). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Labouvie-Vief, G., & Medler, M. (2002). Affect optimization and affect complexity: modes and styles of regulation in adulthood. *Psychology and Aging*, 17 (4), 571-588.

Carmen Pereira – “Envelhecimento e Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo” (2012)

- Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7 (2), 469-476.
- Laranjeira, C. A. (2009). Preliminary validation study of the Portuguese version of the satisfaction with life scale. *Psychology, Health e Medicine*, 14 (2), 220-226.
- Lima, M. A. X. C. (s/d). O termo “institucionalização”. Portal do Envelhecimento. s/d. Acedido no dia 06 de Dezembro de 2011 ([www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/retratos/retratos3.htm](http://www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/retratos/retratos3.htm)).
- Macêdo, B. B. A., & Macedo, J. I. A. (s.d.). Um olhar sobre a qualidade de vida dos idosos do grupo conviver. *XVI Seminário de Pesquisa do CCSA*, 1-7.
- Magesky, A. M., Modesto, J. L., & Torres, L. C. A. (2009). Intervenção psicossocial com um grupo de idosos institucionalizados. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2 (2), 217-224.
- Marcellino, N. C. (2002). Estudos do lazer: Uma introdução. Campinas: Autores Associados. [http://books.google.pt/books?id=IhsuUxs9G0Ceprintsec=frontcoverehl=ptPTesource=gbs\\_ge\\_summary\\_recad=0#v=onepageeqef=false](http://books.google.pt/books?id=IhsuUxs9G0Ceprintsec=frontcoverehl=ptPTesource=gbs_ge_summary_recad=0#v=onepageeqef=false)
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics*. Lisboa: Edições ReportNumber.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R., & Neto, T. L. B. (2001). Atividade física e envelhecimento: Aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7 (1), 2-13.
- Matsudo, V., Matsudo, S., Andrade, D., Araujo, T., Andrade, E., Oliveira, L. C., & Bagion, G. (2002). Promotion of physical activity in a developing country: The Agita São Paulo experience. *Public Health Nutrition*, 5 (1), 1-10.
- Medeiros, T. (Ed.) (2012). *Repensar a pessoa idosa no século XXI*. Ponta Delgada: Direção Regional da Ciência (no prelo)
- Medeiros, T., & Ferreira, J. (2008). *Congresso Internacional “Envelhecimento(s) no séc XXI”*, Universidade dos Açores, 22 de Novembro.
- Medeiros, T. (2009). *Inovação social: Práticas e desafios*, Universidade dos Açores, 11 de Dezembro.
- Medeiros, T. (2010). Envelhecimento(s), bem-estar psicológico e aprendizagem ao longo da vida, Universidade da Madeira – Funchal, 22 de Janeiro.
- Medeiros, T., & Ferreira, J. (2011). Conferência apresentada no IV Congresso Internacional Envelhecimento(s) e Qualidade de Vida, Universidade dos Açores, 3,4 e 5 de Novembro.
- Miguel, M. E. G. B., Pinto, M. E. B., & Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9 (3), 784-795.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18.

- Miranda, M. L. J., & Godeli, M. R. C. S. (2003). Música atividade física e bem-estar psicológico em idosos. *Revista Brasileira*, 11 (4), 87-94.
- Miranda, F. A. N., Andrade, O. G., Furegato, A. R. F., & Rodrigues, R. A. P. (2005). Representação social da sexualidade entre idosos institucionalizados. *UNOPAR Científica., Ciências Biológicas da Saúde, Londrina*, 7 (1), p. 27-34.
- Montenegro, S. M. R. S. (2006). *Efeitos de um Programa de Fisioterapia como Promotor de Saúde na Capacidade Funcional de Mulheres Idosas Institucionalizadas* dissertação, Universidade de Fortaleza, Fortaleza. Acedido no dia 23 de Fevereiro de 2011 in: [http://scholar.google.com/scholar?q=isolamento+no+idoso+institucionalizado&hl=pt-PT&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar](http://scholar.google.com/scholar?q=isolamento+no+idoso+institucionalizado&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 242-250.
- Neri, A. L. (2004). Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1 (1) 69-80.
- Neri, A. L. (2007a). *Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar*. Campinas: Editora Alínea.
- Neri, A. L. (2007b). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14 (1), 17-34.
- Novo, R. (2003). Para Além da Eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., & Giacomoni, C. H. (2009). Associação entre bem-estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação Psicológica*, 8 (1), 99-108.
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do idoso: Temas complementares*. Porto: Livpsic.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Oliveira, A. V., Zuzzi, D. C., Galetti, F. C., & Rosim-Serrador, G. C. (2007). Visão universitária de um projeto de extensão comunitária na melhoria da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Ensaio e Ciência*, 2 (2), 138-144.
- Organização Mundial da Saúde. *Carta de Ottawa*, 1986. Acedido no dia 24 de Outubro de 2011 in: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília. Acedido no dia 25 de Setembro de 2011 in: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
- Ornelas, J. (2007). Psicologia comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 3 (XV), 375-388.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Parente, M. A. M. P. (2006). *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2008). Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação Psicológica*, 7 (1), 11-22.

- Passareli, P. M., & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjectivo. *Estudos de Psicologia*, 24 (4), 513-517.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: C. Paúl, e A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climpesi Editores.
- Pimentel, G. G. A. (2012). O passivo do lazer ativo. *Porto Alegre*, 18 (3), p. 299-316.
- Penã-Casanova, J. (1999). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer: Fundamentos y principios generales*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Pereira, L. S. M., Britto, R. R., Valadares, N. C., & Ferreira, E. (2004). Programa de melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. In: Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais, 7, Belo Horizonte, 12 a 15 set. 2004. Acedido no dia 25 de Setembro de 2011 in: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude143.pdf>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Queroz, N. C., & Neri, A. L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 292-299.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L.V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. N. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 403-412.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (3), 793-798.
- Ramos, L. A., Paixão, M. P., & Simões, M. F. (2011). Os mecanismos sociocognitivos e o bem-estar psicológico: Proposta de um modelo integrativo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45 (2), 133-147.
- Ravagni, L. A. C. (2008). O cuidador da pessoa idosa: Formação e responsabilidades. In: T., Born (2008), *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Cuidar melhor e evitar a violência* (pp. 53-58). Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Lisboa: Lidel.
- Rigo, J. C. & Trapp, M. G. (2008). *O modelo e suas dicas de saúde*. Brasil: edipucrs. <http://www.google.com/books?hl=pt-PT&lr=eid=o1884sCSFWECeoi=fndepg=PA71edq=coro+e+o+bem-estar+dos+idososeots=MJeV2I9GCOesig=FeIh0wknhAg3a1FPjJXSPObmJts#v=onepage&q=coro%20e%20o%20bem-estar%20dos%20idososef=false>
- Rocha, I. A., Braga, L. A. V., Tavares, L. M., Andrade, F. B., Filha, M. O. F., Dias, M. D., & Silva, A. O. (2009). A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 687-94.
- Rodrigues, D. M., & Pereira, C. A. A. (2007). A percepção de controle como fonte de bem-estar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7 (3), 181-196.

- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes na região interior norte do país. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), 107-114.
- Rowe, J. R., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books. <http://www.google.com/books?hl=ptPT&lr=eid=iyux5gD2iZ4Ceoi=fn&pg=PA27&dq=Successful+aging&ots=2TrCaUpCgesig=TaRH6TvUfUamlohyLYe4c4zP4NY#v=onepage&q=Successful%20aging&f=false>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-american de Enfermagem*, 10 (6), 757-264.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (6), 1063-1078.
- Serra, J. J. C. (2004). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos: Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores*. São Paulo: Paulus Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica, Série XX*, nº 3, 500-516.
- Simões, A. D. (2010). *A influência da animação artística na qualidade de vida dos idosos*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação. <http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3592/1/Tese%20Alexandra.pdf>
- Silva, S. G. M. R. N. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Silva, I. R., & Gunther, I. A. (2000). Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (1), 31-40.
- 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.

Carmen Pereira – “Envelhecimento e Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo” (2012)

- Soares, E. (2006). *Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas*. Consultado em Janeiro, 2005, através de [www.psicologia.com](http://www.psicologia.com)
- Soares, A. P., Araújo, S., & Caires, S. (1999). *Avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Souza, R. A., & Carvalho, A. M. (2003). Programa de saúde da família e qualidade de vida: Um olhar da psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), 515-523.
- Taveira, J. F., & Cerchiari, E. A. N. (2011). A aplicação do city tour no lar do idoso: O passeio turístico para o benefício do bem-estar dos idosos. Anais do Seminário de Extensão Universitária – Semex, 1 (4). <http://periodicos.uems.br/novo/index.php/semex/article/view/1078/569>
- Teixeira, J. A. C. (2007). *Psicologia da saúde: Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi editores.
- Tomasini, S. L. V., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4 (1), 88-102.
- Tuckman, B. W. (2005). *Manual de investigação em Educação* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vilela, A., Mesquita, C., Ribeiro, E., Pinto, F., Canguero H., Pereira, L., Santos, S., & Fernandes, H. M. (2010). *A influência da actividade física na dimensão autonomia do modelo de bem-estar psicológico de Carol Ryff*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010. Acedido no dia 31 de Março de 2011 in: [http://actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiDesp\\_3.pdf](http://actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiDesp_3.pdf)
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: Foco no indivíduo e nas famílias. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. The Guilford Press: New York.
- World Health Organization (1997). Measuring quality of life. [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- Zanini, C. R. O. (2003). Envelhecimento saudável - o cantar e a gerontologia social. *Revista da UFG*, 5 (2), p. 142.
- Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18 (1), 169-176.
- <http://www.eps-ansiao.rcts.pt/biblioteca/dias.htm>
- [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_detemenuBOUI=13707294&contexto=puePUBLICACOESpub\\_boui=122103956ePUBLICACOESmodo=2&eslTab=tab1](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_detemenuBOUI=13707294&contexto=puePUBLICACOESpub_boui=122103956ePUBLICACOESmodo=2&eslTab=tab1)
- <http://eventos.aprender.pt/eventos-dias-mundiais-comemorativos-1089.html>
- <http://estatutodoidoso.blogspot.com/2009/11/velhice-segundo-oms-comeca-aos-65-anos.html>
- <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=pt>

## Referência Alfa:

Carmen Pereira – “Envelhecimento e Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo” (2012)

<http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/reliab.htm>

## **Anexos**