



## **TESIS DOCTORAL**

**UN ESTUDIO SOBRE LOS PREDICTORES  
DE LA FELICIDAD**

*Olga Gouveia da Silva Ferreira Carlos*

Departamento de Psicología y Antropología

**2017**



## **TESIS DOCTORAL**

**UN ESTUDIO SOBRE LOS PREDICTORES  
DE LA FELICIDAD**

*Olga Gouveia da Silva Ferreira Carlos*

**Conformidad de los directores de la tesis:**

Florencio Vicente Castro:

Fernanda Bento Daniel:

**2017**

***Dedicatória***

*Dedico este trabalho ao meu marido Pedro pelo amor incondicional, incentivo e compreensão que me fez superar os obstáculos e caminhar em frente.*

## *Agradecimentos*

Com o aproximar do fim desta etapa tão enriquecedora e tão importante do nosso percurso pessoal e profissional, repleto de hesitações, incertezas e inseguranças não seria possível sem o contributo de pessoas que mostraram disponibilidade para nos apoiar, incentivar e partilhar o conhecimento. A todos o nosso sincero agradecimento.

Aos Professores Doutor D. Florêncio de Castro e Professora Doutora, enquanto orientadores, pela disponibilidade, dedicação e partilha do seu saber.

Ao Instituto Superior Miguel Torga, pelo interesse e colaboração prestados.

A todos os autores que autorizaram os instrumentos utilizados na presente investigação, dirigimos o nosso agradecimento.

À Doutora Maria José pela colaboração, interesse e disponibilidade para que o nosso trabalho fosse apresentado em bom português e contributo no tratamento de dados.

À Professora Sara pelo contributo e partilha de conhecimentos no tratamento de dados.

A todas as pessoas idosas que responderam ao protocolo, sem as quais não seriam possível apresentar este trabalho.

A todas as instituições, Centros de dia, Centros de convívio e Universidades Seniores do distrito de Leiria que acolheram esta investigação.

Um agradecimento especial ao meu marido, pelo amor incondicional, incentivo e compreensão que me fez superar os obstáculos e caminhar em frente.

*A todos, bem-haja!*

## RESUMO

O envelhecimento da população, já não é visto enquanto etapa terminal centrada na doença e no declínio, mas numa oportunidade de bem-estar e de felicidade. Começamos por clarificar o conceito de felicidade (terminologia e construções) e influência das variáveis pessoais e situacionais sobre a mesma. Fazemos uma análise histórica sobre o processo do envelhecimento, contextualizando e analisando os valores que lhe sub-jazem. Estudam-se os preditores de felicidade nas idades avançadas, numa amostra de 387 pessoas idosas, dos 55 aos 90 anos, sem demência, que integram centros de dia, centros de convívio, universidade sénior e comunidade no Distrito de Leiria. Aplicaram-se, um questionário sociodemográfico e instrumentos de avaliação da felicidade subjetiva validada por Pais Ribeiro (2012), a WHOQOL-SRPB validada por Vaz-Serra e Canavarro (2006), escala de satisfação com a vida (SWLS) validada por Simões (1992), avaliação do otimismo, validado por Laranjeira (2008), escala breve de *coping* resiliente validada por Pais-Ribeiro e Morais (2010), escala autoestima de Rosenberg (RSA) validada por Santos e Maia (2003), escala MHI-5 validada por Pais-Ribeiro (2001), a escala PANAS validada por Galinha e Pais-Ribeiro (2005) e a escala esperança para adultos validada por Pais Ribeiro, Pedro e Marques, (2006).

De modo geral, os participantes consideram ter uma qualidade de vida positiva, embora não elevada, estando mediamente satisfeitos com a sua vida, principalmente os do sexo feminino e cuja perceção, assenta num otimismo disposicional e resiliência ligeiramente positivos e numa elevada autoestima, que é influenciada por índices de afetividade negativa e positiva medianos e alguma confiança no futuro embora, especialmente nas mulheres, pareçam existir sinais de depressão. A maioria dos participantes, consideram a sua saúde razoável e quanto ao estilo de vida, os indivíduos, consideram-se ativos. Também nos indicam que, quanto mais otimistas, é menos provável que relatem sentimentos de infelicidade. O mesmo acontece para as estratégias de *coping* (-0,482) no entanto não são estatisticamente significativos.

O modelo de regressão logístico múltiplo, demonstrou que o melhor modelo para representar a felicidade, é o modelo com a variável explicativa: estar sob resposta social (Frsocail) com 6,31 vezes mais possibilidades de serem infelizes do que as que estão na comunidade.

**Palavras-chave:** felicidade; suporte social; emoções positivas e negativas; satisfação com a vida; crenças religiosas; princípios e valores pessoais, percepção da saúde física; saúde mental.

## ABSTRACT

The aging of the population is no longer seen as a terminal stage centered on disease and decline but an opportunity for well-being and happiness.

We begin by clarifying the concept of happiness (terminology and constructions) and the influence of personal and situational variables on it. In addition, we make a historical analysis on the aging process, contextualizing and analyzing the values that underlie its process. In this dissertation, the predictors of happiness in the advanced ages are studied in a sample of 387 elderly people, between 55 and 90 years old, without insanity, who integrate day centers, social centers, senior university and community in the District of Leiria. The WHOQOL-SRPB validated by Vaz-Serra and Canavarro (2006), a validated Life Satisfaction Scale (SWLS), was applied to a sociodemographic questionnaire and instruments for evaluating the subjective happiness validated by Pais Ribeiro (2012). By Simões (1992), an evaluation of optimism, validated by Laranjeira (2008), a resilient  *coping*  scale validated by Pais-Ribeiro and Morais (2010), a Rosenberg self-esteem scale validated by Santos and Maia (2003) MHI-5 validated by Pais-Ribeiro (2001), the PANAS scale validated by Galinha and Pais-Ribeiro (2005) and the hope scale for adults validated by Pais Ribeiro, Pedro and Marques, (2006).

The results suggest that, in general, participants consider to have a positive quality of life, they are satisfied with their lives, especially those of the female sex, whose perception is based on a positive dispositional optimism, resilience and your High self-esteem, which is influenced by medium negative and positive affective indexes and some confidence in the future although, especially in women, there seems to be signs of depression. Most participants, consider their health as reasonable and about yours lifestyle, they considered to be active.

The results indicate that the more optimistic they are, the less likely they are to report feelings of unhappiness. The same is true for  *coping*  strategies (-0.482) but they are not statistically significant. Using the multiple logistic regression model, it was verified that the best model to represent happiness is the model with the explanatory variable: being under social response (Frsocail) with 6.31 times more chance of being unhappy than those who are in the community.

**Keywords:** happiness; social support; positive and negative emotions; life satisfaction; religious beliefs; personal values and principles; physical health perception; mental health.



## RESUMEN

El envejecimiento de la población ya no es visto como una etapa terminal centrada en la enfermedad y en el declino, sino en una oportunidad de bienestar y felicidad.

Empezamos por aclarar el concepto de felicidad (terminología y construcciones) y la influencia de las variables personales y ambientales en él. Se hizo un análisis histórico sobre el proceso de envejecimiento, contextualización y análisis de los valores que le subyacen.

Se estudian los factores predictivos de la felicidad en la vejez en una muestra de 387 personas de edad avanzada, de 55 a 90 años de edad sin demencia, que integran centros de día, centros comunitarios, Universidad de Mayores y de la comunidad en el distrito de Leiria. Para ello se aplicó un cuestionario de evaluación sociodemográfico y herramientas de evaluación de la felicidad subjetiva validadas Pais Ribeiro (2012), el WHOQOL-SRPB validado por Vaz-Serra y Canavarro (2006), Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) validada por Simões (1992), la evaluación del optimismo, validada por Orange (2008), Escala corta de *Coping* resiliente validada por Pais Ribeiro y Morais (2010), escala de Autoestima de Rosenberg (RSA) validada por Santos y Maia (2003), Escala MHI-5 validada por Pais Ribeiro (2001), Escala PANAS validada por Galinha y Pais Ribeiro (2005) y la de Escala de Esperanza para adultos validada por País Ribeiro, Pedro y Marques (2006).

Los resultados sugieren que, en general, los participantes consideran que tienen una calidad de vida positiva, aunque no sea alta, estando moderadamente satisfechos con su vida, especialmente la población femenina cuya percepción se basa en un optimismo anímico ligeramente positivo y una alta autoestima, que está influenciada por las tasas de afectividad negativa y positiva medianas y alguna confianza en el futuro, sin embargo, especialmente en las mujeres, parecen existir signos de depresión. La mayoría de los participantes consideran que su salud es razonable y en cuanto a estilo de vida, los individuos se consideran activos. Los resultados nos muestran que los más optimistas son menos propensos a reportar sentimientos de infelicidad. Lo mismo ocurre con las estrategias de *coping* (-0.482) sin embargo no son estadísticamente significativos. El modelo de regresión logística múltiple, ha revelado se encontró que el modelo con la variable explicativa: estar bajo la respuesta

social (Frsocail) con 6,31 veces más propensos a ser infeliz que las en la comunidad.

**Palabras clave:** felicidad; de apoyo social; las emociones positivas y negativas; la satisfacción con la vida; las creencias religiosas; los principios y los valores personales; la percepción de la salud física; la salud mental.

## **RESUMEN COMPLETO**

La felicidad en edades avanzadas, influencia de las variables relativas a su percepción.

La actual estructura de edad de la población, resultante de la disminución de las tasas de fecundidad y de migración en diferentes combinaciones, refleja el cambio en la estructura de edad de las sociedades, un proceso conocido como envejecimiento de la población. El número de personas mayores de sesenta años ha crecido rápidamente y se estima que los 590 millones de personas en esa edad, existentes a finales del siglo pasado, se conviertan en dos mil millones en 2050 (M. G. M. Fernandes y Santos, 2007). Ante este fenómeno, una nueva lectura de la persona mayor se presenta, en tanto que potencial consumidor conserva su papel de aportación, surge entonces la construcción de un nuevo modelo social para los ancianos: la tercera edad.

Con el fin de cumplir con nuestros objetivos, nos dispusimos a recoger información sobre la felicidad y sus predictores; Sintetizar numéricamente las variables de estudio; Describir de forma bivariante la "relación" de la variable Felicidad con las demás variables en estudio; Analizar la influencia de un conjunto de variables (relacionales, las emociones positivas, demográficas, creencias religiosas, los principios y valores personales y las variables clínicas) y su contribución para la felicidad de las personas mayores.

Empezamos por aclarar el concepto de felicidad (terminología y construcciones) y la influencia de las variables personales y ambientales en él. Además, hacemos un análisis histórico sobre el proceso de envejecimiento, contextualización y análisis de los valores que subyacen en su proceso. A continuación, se describe la metodología del estudio (tipo y diseño de la investigación, las variables, hipótesis, universo y muestra e instrumentos, así como todos los procedimientos. Por último, se presentan los resultados obtenidos con los estudios de fiabilidad, consistencia interna y análisis de los supuestos formulados, discusión y conclusiones de los resultados.

En la literatura nos encontramos con varias definiciones de la felicidad, y en ellas siempre se mencionan los estados emocionales positivos de donde emergen sentimientos de bienestar y placer.

Una de las dificultades para definir la felicidad se relaciona con el hecho de que

"discutir la felicidad significa reflexionar sobre lo que es importante en la vida" (Giannetti, 2002, p.85).

Sin embargo, la importancia dada a los eventos es subjetiva ya que depende de los objetivos, valores y variables personales. La felicidad viene de esta subjetividad vinculada a las variables de personalidad que interfieren con las percepciones y representaciones de cada individuo. La felicidad está relacionada con la forma en que cada individuo evalúa su vida, las expectativas de adaptación a los cambios constantes y el grado de satisfacción con la vida.

Según el diccionario Houaiss da língua portuguesa (2004) la felicidad es la calidad o estado de ser feliz, un estado de conciencia plenamente satisfecha, la satisfacción, el contentamiento y el bienestar, la buena fortuna y la suerte y el buen éxito, la asertividad y el alcance.

Para la Psicología Positiva, la felicidad es el predominio de las experiencias emocionales o afectivos positivas sobre las negativas, por lo que se ha dedicado a la investigación de los estados afectivos positivos como la felicidad, la alegría, la resistencia, el optimismo, la gratitud y la calidad vida, etc. La mayoría de sus definiciones de la felicidad se refiere a un estado emocional positivo, con un sentimiento de bienestar y placer (Ferraz et al., 2007).

El concepto de felicidad se convierte en objeto de estudio científico sistemático, por lo que presentamos una breve lista histórica de los estudios en los que se hace referencia en este tema en las últimas décadas.

Según Delle Fave et al. (2011) "la felicidad y el bienestar a menudo se utilizan indistintamente, lo que puede conducir a ambigüedades en el intento de su definición."

Myeres y Diener (1997) informan de que, aunque la investigación científica sobre la felicidad haya crecido muy rápidamente, las especulaciones a propósito, son antiguas. Desde las tesis filosóficas acerca de la felicidad como fuente de una vida virtuosa, favorecedora de los placeres, del conocimiento de la verdad, para preservar las ilusiones, hasta para purgar la ira y la miseria, la lista es inmensa. Sin embargo, para descubrir la verdad sobre la felicidad, se tiene que entender como estos valores se refieren a la realidad.

Balancho (2010) pone de relieve algunas cuestiones por base de sus

investigaciones, en particular, cuales las condiciones para una vida digna de ser vivida, que hace de la vida una buena vida, que constituye una existencia feliz, cual es el valor de la vida, que vínculo existe entre las condiciones de vida, como el dinero, y la felicidad. Poner estas cuestiones, nos ayuda a comprender se nos consideramos satisfechos o insatisfechos con la vida y, naturalmente, autorregular la existencia, produciendo eventuales cambios, o inversiones y optimización de lo que nos hace vivir la vida con una mayor satisfacción y el bienestar.

En la revisión de la literatura, encontramos estudios que ponen de relieve la existencia de una variedad de factores involucrados en el concepto de bienestar subjetivo, la satisfacción y la felicidad, sobre todo si se tiene en cuenta las características biográficas, sociales y psicológicas (Medeiros, Nascimento, Taílson, Ventas y Medeiros, 2014).

Según Rodrigues y Silva (2010) en su investigación sobre el papel de las características sociodemográficas de la felicidad, se constata que la escolarización y la educación no se correlacionan con el bienestar subjetivo / felicidad, al igual que con otras características que no están bajo el dominio individual, como el origen étnico y el sexo.

A su vez, Braga (2013) afirma que cuanto más calificaciones, más pequeñas son las estrategias de adaptación religiosa y espiritual positiva utilizadas en su vida.

Según Batista, Trovisqueira y Positiva (2010) el bajo nivel de educación puede tener reflejos en la falta de información sobre la dieta cuidada, el cuidado acerca de las enfermedades de transmisión sexual, o simplemente corresponder a la falta de dinero para una alimentación equilibrada, por lo que la enseñanza puede, de alguna manera, influir en la felicidad.

Por lo que respecta al grupo de edad, hay estudios que demuestran no existieren variaciones significativas del nivel de felicidad, pero varias investigaciones transculturales, incluyendo a más de veinte países, concluyen que, en el 90% de los países participantes, hay una disminución de los sentimientos placenteros con la edad.

La felicidad es un concepto multifacético cuya definición incluye conceptos tales como la satisfacción general con la vida, la satisfacción de dominio específico, creencias positivas sobre la vida y emociones positivas constantes en relación a las negativas (Cohn, Fredrickson, Brown, Conway, y Mikels de 2009). Esto depende de

los niveles de satisfacción del sujeto a lo largo de un determinado período, de los estados emocionales que el sujeto demuestra, así como la ausencia de emociones negativas (Carvalho, 2014<sup>a</sup>).

Moreira-Almeida, Lotufo y Koieng (2006) después de una revisión sistemática y científica llegaron a la conclusión de que la religión se asocia positivamente con los indicadores de la felicidad, la satisfacción con la vida, afecto positivo y una mejor salud mental. La asociación entre la felicidad y la religión, puede ocurrir por el hecho de que, la espiritualidad aporta sentido y propósito a la vida de las personas, respondiendo a una serie de preguntas existenciales que causan angustia e infelicidad. Por otra parte, mediante la participación en rituales en los que existe la congregación de creyentes, los religiosos tienden a sentirse menos solos, y tal vez más felices. (Heller, Watson, y Ilies, 2004).

La presencia de significado en la vida resulta estar asociado de manera consistente con el bienestar, lo que significa que cuanto más frecuente es esta percepción subjetiva, mayores son los sentimientos positivos y la satisfacción con la vida. Sentir una mayor significación /sentido para la vida, se ha relacionado con más alegría y más felicidad.

En este sentido, las creencias religiosas de los individuos se presentan como un proceso de adaptación, es decir, cómo las personas gestionan, se adaptan y se enfrentan a las situaciones estresantes de la vida cotidiana. Por lo tanto, estas estrategias pueden tener efectos positivos para los individuos (en busca de amor, protección de Dios en la resolución de problemas) y así redefinir el factor estresante como beneficioso, o negativo (a cuestionar la existencia, el amor o causas de fuerza mayor delegar a Dios la resolución de problemas, sentir la insatisfacción y el descontento con Dios y redefinir el factor de estrés como castigo divino o fuerzas del mal).

Por otro lado, también las condiciones socioeconómicas se debaten cada vez más. Algunos estudios apuntan a que las personas felices viven en países económicamente prósperos, donde hay un panorama político estable, libertad y democracia (Veenhoven, 1991<sup>a</sup>, 2008). Otros afirman que las condiciones socioeconómicas altas ayudan a mantener una mejor calidad de vida, una vez que las personas pueden tener más recursos disponibles para hacer frente de manera positiva a las diversas

situaciones, haciéndolos más felices (Carvalho, 2014<sup>a</sup>).

En la dirección opuesta van las revisiones de Diener y Biswas-Diener (2002), demostrando que las variables sociodemográficas (edad, género, aspectos económicos, educación) no influyen muy fuertemente en la variación de los niveles de satisfacción con la vida.

Estudios recientes revelan una correlación positiva entre la felicidad y las condiciones económicas y financieras, y demuestran que el crecimiento material y el éxito económico son los deseos de muchas personas en diferentes partes del mundo, sobre todo en los países pobres, donde las personas tienden a ser felices en la misma medida en la que consiguen las cosas que desean, en un modelo que valora las necesidades materiales (Medeiros et al., 2014).

Sin embargo, otros autores refieren que las personas con poder económico superior la media, no son más felices que a la demás población, si se analizan experiencias instante a instante, afirman que esos individuos si son más tensos y no por eso dedican más tiempo a actividades placenteras. (Kaheman, Krueger, Sckade, Schuartz & Stone 2006).

En los países de África y Asia las malas condiciones económicas tienen un efecto devastador sobre la felicidad, al igual que las condiciones "exteriores" como el sistema político, vestigios macro culturales, creencias actuales, modos de expresión y redes interpersonales, son importantes y en particular determinantes de la felicidad (Dorn, Fischer, Kirchgässner, y Sousa Poza, A., 2007, Veenhoven, 2000).

Cuando hablamos del constructo de la felicidad tenemos que enumerar las variables emociones positivas y negativas, la autoestima y la satisfacción con la vida. La autoestima se identificó como una de las características asociadas con las personas más felices y a indicadores operativos positivos (Gable y Haidt, 2005). Anteriormente, Medeiros et al. (2014) mencionan la existencia de algunos determinantes asociados con la felicidad entre los cuales, de orden psicológica cuyo interés aumentó, porque tiene implicaciones para la salud mental y la calidad de vida de los individuos.

La autoestima, la personalidad y las relaciones familiares tienen una asociación directa con la felicidad (Cheng y Furnham 2003; Ferraz et al, 2007). De acuerdo con estos autores, existe una correlación entre el bienestar subjetivo y la evaluación que

hacen los individuos acerca de su vida, en relación a la satisfacción que sienten en ella.

Las personas que creen tener auto-control sobre sus vidas tienen mayores niveles de bienestar subjetivo, que se traduce en felicidad, que aquellos que creen que la vida es el resultado de la casualidad o controlada por otros, y éstos, viven más intensamente las emociones negativas que las positivas, y en general, están menos satisfechos con sus vidas. (Klonowicz, 2001).

Para Rodrigues y Pereira (2007), "lo más importante para la felicidad no es el evento en sí mismo, sino la percepción de ese evento, la forma como el individuo lo interpreta."

En cierto modo, las emociones positivas como la alegría, la satisfacción y el amor, tienen una implicación directa con la salud y con la felicidad. Favorecen el desarrollo cognitivo y comportamental y la construcción de los recursos psicológicos y emocionales. Las emociones negativas como el miedo y la ira inducen conductas de evitación o enfrentamiento a la amenaza. Las emociones positivas reducen al mínimo la duración y los efectos tóxicos de la excitación emocional negativa (Anjos et al, 2016 ;. Fredrickson, 2001; Freitas, 2001).

Las experiencias emocionales permiten que las personas puedan llegar a ser más creativas, informadas, más integradas socialmente, resistentes, sanas y felices. La alegría estimula el entretenimiento, llama para la creatividad y fomenta no solamente el desarrollo social y físico, como intelectual y artístico. "El interés promueve el deseo de disfrutar las circunstancias actuales de la vida e integrar estas circunstancias en las nuevas concepciones de sí mismos y del mundo y los comportamientos proactivos remeten a una mayor satisfacción con la vida. El amor es visto como una mezcla de emociones positivas distintas de uno mismo y del mundo "(Becalli, 2014).

Los resultados de las investigaciones de Becalli (2014) demostraron la inexistencia de diferencias significativas entre los sexos, respecto a las emociones positivas en relación con la satisfacción con la vida, sin embargo, en las emociones negativas si se evidencian diferencias, las mujeres viven más intensamente las emociones que los hombres y están representadas en los extremos de las escalas de bienestar.

Los individuos más satisfechos tienden a desarrollar habilidades para la vida,



recursos y practican comportamientos más seguros frente a las circunstancias de la vida diaria (Carvalho, 2014<sup>a</sup>).

Según Cohn, Fredrickson, Conway, y Mikels (2009), la felicidad es un compuesto de satisfacción con la vida, estrategias de *coping*, y las emociones positivas que predicen resultados deseables de vida en muchas áreas. Estos autores concluyeron por medio de sus investigaciones, que las personas felices se vuelven más satisfechas no sólo porque se sienten mejor, pero porque logran desarrollar recursos para vivir bien (Becalli de 2014).

Desde las emociones positivas, resulta el optimismo, lo cual se refiere a las expectativas favorables respecto el futuro. Los niveles más altos de optimismo se correlacionan con el bienestar subjetivo en tiempos de adversidad o dificultad (control para el bienestar anterior). El optimismo se ha asociado con niveles altos de estrategias de *coping* y con medidas proactivas para proteger la salud y, por tanto, se asocia con mejores indicadores de salud física (Carver, Scheier, y Segerstrom, 2010).

Los optimistas se presentan confiados y persistentes, aunque si el progreso es lento y difícil, mientras que los pesimistas, más vacilantes y dudosos. El optimista tiene altas expectativas para alcanzar las metas u obtener resultados positivos, y probablemente somatiza una mezcla de emociones positivas. Por el contrario, el pesimista no espera lograr resultados positivos, y la oportunidad de experimentar una variedad de sentimientos negativos como la ansiedad, la tristeza y la desesperación es elevada.

La satisfacción con la vida es una de las variables del florecimiento de la felicidad y es un factor subjetivo del bienestar. El concepto de bienestar incluye varios factores positivos del funcionamiento humano y en los últimos años se han desarrollado investigaciones sobre el proceso de desarrollo, tales como monitorización, la felicidad, satisfacción con la vida y la gratitud. Por lo tanto, la persona que es feliz o expresa bienestar comportamental, tiene éxito en la consecución de sus objetivos, expresa su gratitud a los demás, experimenta emociones positivas y tiene una visión optimista de las situaciones. Los individuos más satisfechos con la vida pueden desarrollar habilidades y recursos para prepararse para el comportamiento más eficaz en las circunstancias del día a día.

Según Carvalho (2014<sup>a</sup>) "a pesar de que los recursos personales son importantes

para una vida exitosa en la evaluación de la satisfacción con la vida, son las experiencias emocionales las que determinan, en particular, las experiencias emocionales positivas más significativas."

Varios estudios sobre la felicidad se han centrado en la comprensión del proceso, cómo las personas manejan diferentes situaciones, en circunstancias adversas, refiriendo la necesidad de aumentar de manera positiva las capacidades humanas. Se deben fomentar estrategias de comportamiento positivas, las cuales jueguen un papel clave en el bienestar físico y psicológico, ante retos o momentos negativos para la promoción de la calidad de vida (Carvalho2014a).

Las estrategias de *coping* ayudan a controlar o reducir los efectos de las situaciones problemáticas que enfrentan las personas en su vida cotidiana o en momentos específicos.

Podemos encontrar en la literatura cuatro tipos de *coping*, el reactivo, el anticipatorio, el preventivo y el proactivo. "Las cuatro perspectivas de *coping* pueden referirse a acontecimientos que ya han ocurrido o que están a punto de suceder. Una situación estresante puede reflejar un encuentro prejudicial en curso o bien puede evolucionar en un futuro próximo o lejano, lo que representa una amenaza para alguien que se siente incapaz de igualar las necesidades futuras con sus estrategias de supervivencia "(Schwarzer y Luszczynska, 2008).

Algunos investigadores mencionan que la salud mental y el desarrollo humano no se limitan a la ausencia de enfermedad mental, sino también en la presencia del bienestar subjetivo y de la felicidad. El bienestar es un aspecto clave de la calidad de vida que se puede acceder externamente o internamente y de forma objetiva o subjetiva (Keyes, 2013).

Ferraz et al. (2007), en una revisión sobre la felicidad llega a la conclusión de que la identificación de los rasgos psicológicos y socio-culturales es importante en personas con predisposición a la enfermedad mental y que facilita el desarrollo de abordajes preventivos, con potencial repercusión en áreas sociales y ocupacionales.

Los estudios demuestran que existe una correlación entre la espiritualidad / religión y la honestidad, el bienestar, la felicidad, satisfacción con la vida, respeto por sí mismos, salud mental, etc. (Brooks y Matthews, 2000).

Las personas que se toman por espirituales tienen una mayor capacidad para

superar los síntomas negativos de la salud física y mental y la consiguiente reducción de sus síntomas, dolor, depresión y ansiedad (Braga, 2013).

En la Psicología Positiva la investigación de la felicidad, ha ido creciendo significativamente asociada a los conceptos de bienestar subjetivo y calidad de vida, y se supone que es el estado de ánimo o el sentimiento que se caracteriza por la satisfacción, el amor, el placer o la alegría. Es tener consciencia no solamente de los acontecimientos positivos que suceden en su vida, sino también que cada individuo es la razón de que esos mismos eventos. La felicidad se entiende como un estado subjetivo con predominio de los efectos positivos sobre los negativos. Por lo tanto, se ha investigado en áreas tales como las relaciones interpersonales, actividades de ocio, valores y motivación para la auto-realización (E. Diener y Biswas-Diener, 2003).

Segundo-Siegel (2009) "las personas más esperanzadas por lo general son menos propensas a desarrollar hipertensión, infección de las vías respiratorias o la diabetes que aquellos que revelan menos esperanza".

Las investigaciones sobre la felicidad intentan aclarar en qué medida los diferentes niveles de las sensaciones de placer y displacer, objetivos de vida, estilos cognitivos, características de temperamento y estados de ánimo influyen en la definición de una vida feliz. El individuo puede evaluar su propia vida usando las dimensiones cognitiva y / o emocional, a menudo correlacionados. Por lo tanto, se identifican tres componentes principales del bienestar subjetivo, es decir, la satisfacción general, la sensación agradable y bajo de sentimientos desagradables. Cada uno de estos componentes se puede subdividir en: satisfacción en diferentes áreas de la vida, como el ocio, el amor, la amistad y otros; Emociones específicas tales como la alegría, el amor y el amor propio; Emociones y estados de ánimo como la vergüenza, tristeza, ira y ansiedad. Frecuentemente hay una tendencia a que la persona experimente niveles similares de bienestar en diferentes aspectos de su vida. Además, parece existir una estabilidad a largo plazo en la cantidad de emociones agradables y desagradables que experimenta la persona (Bartels y Boomsma, 2009; y Diener y Lucas, 2008).

La definición de la felicidad y de las condiciones que la permiten y apoyan, ha naturalmente sido objeto de numerosos puntos de vista (Diener, 2009). "La calidad de vida de una persona y su bienestar subjetivo se pueden determinar, por una parte, por

sus pensamientos y emociones, por el otro, por la forma cómo percibe y concibe el mundo. La gente tiende a describirse a sí mismos mucho más como felices que infelices y la felicidad es el prototipo de las emociones positivas "(Myers, 2015).

Veenhoven (2005) define la felicidad como un disfrute subjetivo de la vida. En esta perspectiva, el disfrute se define teniendo en cuenta el nivel en el que el individuo hace una evaluación global positiva de su calidad de vida actual, o sea, el gusto que cada uno tiene en la vida. Así que, la comprensión de la felicidad requiere una evaluación global de la vida, que implica lo que se siente, lo que cumple con las expectativas y se siente tan deseable para uno mismo. Los autores SCALCO, Araújo y Bastos (2011), definen la felicidad en una dimensión más amplia como "el nivel en el que el individuo percibe positivamente su vida con la medición temporal del momento presente del análisis y adelantan que, estar feliz es una condición que se asocia con resultados positivos en el estado de salud, además de ser uno por uno mismo, se hace importante identificar quiénes son las personas felices y sus principales características.

"Aunque la felicidad es subjetiva, se puede estudiar, medir, ser aprendida y ampliada, (Frank, 2015 Kahneman, 2003). Varios estudios demuestran que cuanto más felices, mayor es la probabilidad de existencia de contactos sociales y ayuda de los amigos. A su vez, es menos probable que sufran de enfermedades psicosomáticas (digestivo relacionados con el estrés, dolores de cabeza y problemas cardiovasculares), ausencia del trabajo, o la participación en conflictos laborales. La probabilidad de intentos de suicidio es baja, indicación comportamental más clara de la infelicidad. Se puede decir que las personas más felices tienen más amigos cercanos, tienden a vivir significativamente más felices y viven más tiempo (Frank, 2004, Myers, 1999,2015).

Cloninger (2004), considera que la felicidad es la expresión que refleja la comprensión coherente y lúcida del mundo, que requiere una forma coherente de vivir. Esta visión de la felicidad incluye todos los procesos humanos que regulan aspectos de la vida, tales como; interpersonales, sexuales, materiales, intelectuales, espirituales o emocionales. El autor cree que estos aspectos pueden ser adaptativos y medidos en el sentido de la percepción de la capacidad de traer armonía y felicidad.

Os individuos más felices tienen beneficios significativos para sus vidas, viven más

tiempo, sufren menos enfermedades, más tiempo permanecen casados, cometen menos crímenes, que producen las ideas más creativas, trabajan más y mejor, ganan más dinero y ayudan más a los demás (E.Diener y Biswas-Diener, 2003); (Oishi, Diener, y Lucas, 2007) .

El mundo entero, hemos sido testigos de cambios demográficos de amplia escala con impacto social, económico y cultural, caracterizada por un aumento progresivo de los grupos de edad senior y una reducción de los jóvenes sin precedentes en la historia, y Portugal no es excepción.

La esperanza de vida ha cambiado mucho con el tiempo. En un entorno de espectacular aumento de la duración media de la vida, y el ejemplo de Portugal es sintomático, en que el número de centenarios a lo largo del siglo XX se mantuvo prácticamente estable.

En este sentido, las políticas sociales de educación, salud, así como y el gobierno respectivo, deben tener en cuenta las proyecciones de las necesidades de la población respecto a los servicios y las políticas sociales y de salud.

El diseño de las políticas sociales debe tener en cuenta la evolución demográfica de la población con todos los fenómenos a si mismos asociados, proporcionando a los ancianos una vida más activa, saludable y participativa con el fin de limitar su institucionalización. La promoción del envejecimiento activo y saludable también pasa por políticas públicas que buscan fomentar la inserción apropiada o la permanencia de los activos mayores en el mercado de trabajo, estimulando aún por esta vía la transmisión de conocimientos y habilidades entre generaciones (Gobierno de Portugal, 2014 ) .

La vejez es vista como teniendo un papel positivo o negativo en una población, dependiente del modelo de hombre ideal que prevalece en cada contexto y momento histórico de una misma sociedad. El contexto social estigma también se ve influido por el envejecimiento, en el que la sociedad crea sus propios valores, por lo que esto no es sólo un hecho biológico, sino también cultural que expresa el significado y el valor asignado a las distintas edades de la vida (Pocinho, 2007) .

Serrão (2006) propone el término "mayores" para los hombres y mujeres de 65 a 95 años, que ya no realizan actividad profesional, pero conservan su capacidad intelectual, son independientes, sanos y activos. El autor divide en tres subgrupos: -

ancianos muy dependientes por el envejecimiento natural o la enfermedad del cáncer, mayores de 85 años dependientes, cuya dependencia resulta principalmente de la enfermedad crónica, sometidos a tratamientos médicos. (Son los que mantienen sus capacidades, pero están inactivos; - Mayor visto como un frágil ser que a la medida que edad avanza envejece, culminando con un panorama de exclusión y sufrimiento, - anciano como un "segmento de consumo específico". Así "la vejez es un tiempo de reflexión, de ocio, dedicación a actividades tales como la "auto-mejora", que son elementos del concepto de Envejecimiento Activo "(Mauritti, 2004).

Los estudios de Fonseca (2004) informan que la edad puede ser caracterizada en edad biológica, psicológica y sociocultural. La edad biológica depende del funcionamiento de los sistemas vitales del cuerpo humano, lo que disminuye con el tiempo. La edad psicológica, incluye las capacidades de naturaleza psicológica de adaptarse a los cambios ambientales, determinando sus competencias básicas para control personal y la autoestima. La edad sociocultural, a su vez, se refiere a los papeles sociales que los individuos adoptan en la sociedad, y que influyen en los comportamientos, hábitos, estilos de relaciones interpersonales, etc.

Se, por un lado, el proceso de envejecimiento es una realidad biológica con su propia dinámica, que a menudo está fuera del control humano, por el otro, el individuo está sujeto a las construcciones por las que la sociedad siente la vejez.

Según Minayo y Coimbra (2004), "existe una gran variedad de formas de ser viejo y contextos que lo determinan, siendo cierto que hay elementos comunes que lo clasifican y determinan, y en gran medida, con una visión de prejuicio, en la que la vejez se asocia directamente con la decadencia, y no sólo al desgaste y decaimiento físico".

En el mundo desarrollado, el tiempo cronológico juega un papel importante en el que la edad se marca como el momento de la jubilación determinada, es decir, el comienzo de la vejez. Sin embargo, en muchos lugares del mundo el tiempo cronológico tiene poca o ninguna importancia en el sentido de la vejez propiamente dicha (EuroHealthNet, 2012).

El término viejo, vieja o vejez o adquiere contornos de estigmatización y estereotipación en la clasificación de los individuos que ya no practican su ocupación por cuestiones cronológicas y de sostenibilidad. Ser viejo no implica incapacidad

para tomar decisiones, incluso en las situaciones de incapacidad temporal o permanente, pues los ancianos pueden usar varias maneras para perseverar sus deseos.

Así se construyeron dos modelos de representación llamados, “vejez ingrata” y “floreciendo de la vejez” , siendo que los que perciben la vejez como ingrata la relaciona con la degeneración física y mental (discapacidad, enfermedad, demencia, etc.), que se produce en las personas mayores como la inactividad, la discapacidad, el egoísmo, la fealdad, la asexualidad, la dependencia, el aislamiento y la falta de valor. Esta representación genera sentimientos de tristeza, soledad, depresión y cambios de humor. Pero, quién entiende la vejez como un florecimiento, la relaciona con la autonomía física y mental (la libertad) que se revela en la capacidad, la actividad, la apertura, la belleza, la sexualidad, la independencia, la participación y la integración. A la luz de esta última representación, la vejez se asocia con un período de felicidad y satisfacción, feliz de vivir la fuerza individual (Guerra y Caldas, 2010).

Gran parte del auto concepto del anciano se basa en el temor que los individuos sienten en la pérdida de su autonomía, libertad, independencia, sus capacidades, su integridad física, mental y moral, o sea, de perder sus características positivas y volverse dependientes, incompetentes, inútiles, aislados, en cautiverio de las degradaciones de la edad y rodeado de la exclusión. Por todos estos sentimientos la vejez se vive de forma conflictiva en la cual se reconocen aspectos positivos y negativos y se buscan mecanismos de adaptación para estas personas mayores. (E.V. Silva Martins, Bachion, y Nakatani, 2006).

Baltes y Smith (2003) investigan el fenómeno del envejecimiento humano tras tres perspectivas: - biológica y cultural; - Curso de la vida, cambios; - Comportamiento psicológico. Demuestran que la cuarta edad implica un nivel de vulnerabilidad y capacidad de impresión que es distinta de la visión positiva sobre la tercera edad (jóvenes de edad). Los ancianos en la cuarta edad se encuentran dentro de los límites de su capacidad social y funcional, y están limitados en términos de intervención política y científica.

Según Fonseca (2006), el envejecimiento no tiene que ser una etapa terminal y de desenlace incomprensible del final de una vida llena de aprendizaje, de relaciones y de proyectos, pero al igual que cualquier otra etapa de la vida humana, puede ser una

oportunidad de bienestar y felicidad .

De acuerdo con Figueira (2010, pp.24-259 "(...) es en la sabiduría de los ancianos donde reside la valoración, el sentido común y la madurez, que los hace más tolerantes. Necesitamos de la inteligencia inquiridora de los jóvenes, de la inteligencia madura de la mediana edad y de la inteligencia prudente de los ancianos. Una interacción más sostenible entre los jóvenes en la escuela y los ancianos, podrá contribuir a un mayor éxito académico, ganancias en la percepción de los jóvenes sobre las personas mayores y de las mismas necesidades del crecimiento humano".

Las señales del envejecimiento se invierten y asumen nuevas designaciones como "joven anciano" "edad del ocio", etc. La Residencia se convierte en Hogar, surge el centro de día y el envejecimiento pierde sus características tradicionales de fase de recogimiento, preservación de la cultura y de reelaboración del pasado. La apelación a lo nuevo, al joven y al futuro, que está presente en el lenguaje cotidiano se presenta como la forma correcta de un envejecimiento saludable y activo. Sin embargo, esta idea de que, para vivir bien, las personas mayores tienen que mantenerse jóvenes, podrá estar subyacente a la negación del proceso de envejecimiento (Motta, 2002).

El momento es de cambio acelerado y de transición permanente (SL Fernandes y Tomanik, 2009). Si el cuerpo, la imagen física del anciano, va oscilando entre descuidado y disciplinado, la imagen social va mejorando en un ritmo más seguro. De hecho, hay todavía dos imágenes, la tradicional, del viejo inactivo, respetable, pero inútil y la nueva imagen, más dinámica y participativa, aunque en ciertas situaciones sociales. Irónicamente se propicia, sensu lato por la sociedad de consumo, ávida de pensiones y las prestaciones de los jubilados, por la posibilidad política y pedagógica inesperadas de la sociabilidad y la construcción de una identidad colectiva de las personas mayores (Motta, 2002).

La expresión jubilado(a) una vez asociada a la discapacidad, obtiene una nueva expresión y pasa a llamarse, la jubilación activa (Loureiro et al., Paul, Ribeiro y Teixeira, 2012). La jubilación activa, la búsqueda de la juventud, la actividad, de la recreación frente recogimiento, se etiqueta como un proceso de desarrollo creativo y heterogéneo en el cual no hay una forma exclusiva de envejecimiento.

Según Scortegagna y Oliveira (2012), para muchas personas mayores, la realidad de la exclusión estuvo presente durante toda la historia de su vida y se acentuó aún más



en la tercera edad, un momento en el que creen lograr la dignidad y respeto, convirtiéndose en víctimas de un sistema opresivo y excluyente.

"La transición entre la actividad y la inactividad es otro de los grandes cambios que tiende a ocurrir durante el proceso de envejecimiento. Para la mayoría de los individuos, esta transición se produce cuando atingen a la edad de jubilación, haciendo que su inicio sea socialmente interpretado como el umbral de otra edad de la vida. Una época en la que ya no se requiere el trabajo para asegurar la supervivencia económica, en la medida en que el ingreso está garantizado por las instituciones de seguridad social "(Cabral y Ferreira, 2013, p.35).

En este contexto las Universidades de la Tercera Edad (UCI), o Universidades Sénior son una respuesta social y educativa creada por y para las personas mayores de 50 años en un contexto de formación continua durante toda la vida, en un régimen no formal. Fomentando la participación de las personas mayores en la sociedad, divulgan los derechos y las oportunidades relevantes que existen para esta población, reducen el riesgo de dependencia y son un centro educativo y de convivencia, contribuyendo a la reducción de los síntomas de enfermedad depresiva y la consiguiente mejora de la calidad de vida (Mendao, 2013).

La teoría de la evolución de las especies de Charles Darwin, tuvo un impacto en el desarrollo de ciencias como la biología y la psicología del desarrollo. Defendía principios de evolución y selección natural de las especies, creatividad, continuidad de los cambios y múltiple direccionalidad. Teniendo cuenta estas premisas, Gesell, Buhler, Freud, Jung, y Piaget desarrollaran teorías psicológicas que organizaban el desarrollo humano en etapas, en las que la vejez no hacia parte.

El modelo de desarrollo mental en la edad adulta y la vejez, que señaló la disminución de las habilidades intelectuales en los adultos de mediana edad y ancianos, se sustituye por las teorías que tienen en cuenta los cambios sociales históricos e las influencias culturales, aspectos importantes en el proceso del desarrollo.

La imagen del anciano en la sociedad actual se reestructuró y se presenta en una nueva reconfiguración social, remetiéndonos para la imagen de un ser socialmente activo y participativo en temas de actualidad. Sin embargo, las personas mayores se declaran ellos mismos como seres felices en proporciones idénticas a otros grupos de edad (Barros, 2012).

Así, se puede decir que envejecer bien significa tener un pasado con diversas experiencias/vivencias en las que ha el individuo aplicado sus recursos, comportamientos y estrategias, siendo eficaces en el éxito adaptativo, evitando o modificando los que se muestran ineficaces. Sin embargo, también significa tener un futuro con potencial, en función de los recursos y de las estrategias para superar las pérdidas y fracasos y de la capacidad de recuperación disponibles, que el individuo ha desarrollado a lo largo de la vida (Rebelo y Neri, 2005; Stine-Morrow y Chui 2012).

El modelo psicológico del envejecimiento con éxito pertenece a la psicología del envejecimiento sustituye la teoría del declino, rumbo a la existencia de enfermedades y inactividad del individuo por un modelo psicológico de envejecimiento, basado en procesos de optimización selectiva con compensación, es decir, hacer y ser lo mejor que podemos con los recursos disponibles (al Neri, 2006). De acuerdo con este modelo, el envejecimiento activo es un proceso que afecta a todas las personas, por lo que el mantenimiento de la autonomía si no física, por lo menos psicológica y social, debe permitir al individuo mantener la toma de decisiones y el control de su vida personal, familiar y social (Paul et al, 2012; Paúl, 2005).

El modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC) señala que el envejecimiento se puede adaptar para hacer frente a los factores que limitan y acompañan el proceso de envejecimiento más avanzado y considera que los individuos son capaces de dirigir sus vidas de manera exitosa. Los individuos tienen que actuar en sus objetivos, adquiriendo y invirtiendo en los recursos importantes para lograr sus metas con el fin de optimizar los niveles de rendimiento y promocionar el desarrollo exitoso. Destaca que, el proceso natural de envejecimiento trae pérdidas asociadas a si mismo, las personas utilizan diversas estrategias para hacer frente a los cambios físicos, mentales y sociales relacionados con el proceso que se inicia en la edad adulta y continúa hasta los últimos años de la vida (Baltes Heide Simonis, 1996; Freund y Baltes, 2002).

El modelo de optimización selectiva con compensación fue creado como un requisito previo para el "envejecimiento exitoso" (Carr, 2009; McGuire y Norman, 2005), y se ha desarrollado gradualmente con énfasis en lo positivo, lo sano, lo bueno, la activo o el envejecimiento exitoso obtenido mediante la adaptación y el ajuste de las funciones socialmente aceptables (Bowling, 2005<sup>a</sup>).

La definición de envejecimiento exitoso para Rowe y Kahn (1997) se refiere a las personas que tienen un bajo riesgo de enfermedad y discapacidad (estilo de vida saludable, una dieta adecuada, la ausencia del tabaquismo y la práctica de actividades físicas), que son expertos en la resolución de problemas, la cognición, el lenguaje, el mantenimiento de los contactos y las actividades sociales productivas como el voluntariado (Tomasini y Alves, 2007). La jerarquía entre los componentes es presentada por la integridad de las funciones físicas y mentales, ya que sirven como potencial para la realización de actividades sociales, incluyendo las relaciones interpersonales y las actividades productivas, remuneradas o no. En una perspectiva life span el desarrollo exitoso, es un proceso de adaptación del organismo desde la infancia hasta la vejez (Schulz y Heckausen, 1996).

Según Silva, Lima y Galhardoni (2010) los factores mencionados por Rowe y Kahn son importantes, sin embargo, tienen limitaciones para tratar como secundarias las dimensiones socio-culturales y colectivos asociadas a la salud en la vejez, siendo que unos pocos se encuadran en la vejez.

El modelo de vida define tres direcciones: (a) Se da forma a la discusión sobre el envejecimiento exitoso en el contexto más amplio del desarrollo del ciclo de vida; (B) es responsable por el éxito normativo o no normativo; y (c) la incorporación de los procesos motivacionales en la teoría del envejecimiento exitoso. Se equipara con el desarrollo y el mantenimiento del control primario sobre la vida, que se logra a través de procesos relacionados con el control que optimizan funciones de selección de y de compensación que sirven para mantener, mejorar y corregir habilidades y recursos de motivación después de experiencias fallidas (Heckausen y Schulz, 1996).

Dado que el envejecimiento ya no se ve como una fase terminal de desenlace incomprensible, al final de una vida llena de aprendizaje, relaciones, proyectos, sino, al igual que cualquier otra etapa de la vida humana, como una oportunidad de bienestar y felicidad, llevamos a cabo un estudio del tipo de sección transversal, que se describe en el capítulo 4 con el fin de aclarar e identificar los predictores de la felicidad en edades avanzadas, en una muestra de 387 personas mayores entre los 55 y los 96 años de edad, con ausencia de demencia, que utilizan respuestas sociales (centros de día, un centro comunitario, Universidad Senior y la comunidad) en el distrito de Leiria.

Para llevar a cabo este estudio, se colocaron y se pusieron a la proba según un análisis bivalente, las siguientes hipótesis: H1 La percepción de la felicidad varía en función de las características socio-demográficas y relacionales; H2 Existe una relación positiva entre la percepción de la felicidad y las variables clínicas; H3 Existe una relación positiva entre la percepción de la felicidad y los sentimientos positivos; existe relación H4-existe relación positiva entre la percepción de la felicidad y las creencias religiosas, los principios y valores personales; H5 Existe una correlación significativa entre la percepción de la felicidad y las emociones positivas, el optimismo, resiliencia, el bienestar, la satisfacción con la vida, la esperanza y la autoestima.

El perfil demográfico se ha investigado con recurso a un cuestionario sociodemográfico, construido específicamente para este estudio, con preguntas acerca de la edad, sexo, estado civil, educación, clase social, los recursos sociales y percepciones de los encuestados, sea al nivel del apoyo familiar o bien en el plano de la salud.

Además de los datos sociodemográficos, este estudio describe los resultados de la aplicación de instrumentos de evaluación de la Felicidad según la Escala de Felicidad Subjetiva validada por Pais Ribeiro (2012), el WHOQOL-SRPB validado por Vaz-Serra y Canavarro (2006), para evaluar la percepción de la salud, sentimientos positivos, creencias religiosas y valores personales, para evaluar la satisfacción con la vida utilizó la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) validado por Simões (1992), para el optimismo elegimos al LOT-R validado por Laranjeira (2008 ) para evaluar el *coping* se utilizó la escala corta de *coping* resiliente validada Pais Ribeiro y Morais (2010), para la autoestima, optamos por la escala de autoestima de Rosenberg (RSA) validada por Santos y Maia (2003), para evaluar la salud mental recurrimos a la escala MHI\_5 validado por Pais Ribeiro, (2001), la escala PANAS validada por Galinha & Pais Ribeiro, (2005) para evaluar los sentimientos positivos y negativos, y por último, para evaluar la iniciativa y los caminos elegimos la Escala Esperanza para adultos (Escala de Futuro) validada por País Ribeiro, Pedro y Marques (2006) .

El tratamiento estadístico de los datos se llevó a cabo con el Statistical Package for the Social Sciences 22.0 (SPSS 22.0) y, con el fin de sistematizar la información recopilada, recurrieró a la estadística descriptiva. Se utilizarán los coeficientes *Alfa* de

*Cronbach y slipt-half* y los coeficientes de correlación de Spearman.

La edad media de la muestra fue de 76,67 (DP = 8,6) y una mediana de 78 años. Con respecto al sexo, es significativo el número de mujeres de la muestra, el 74,9% (n = 290) frente a 25,1% para los varones (n = 97). Con respecto al estado civil 34,1% están casados, el 51,4% no tenía vínculo matrimonial y el 7,8% son viudas, divorciados o separados y solteros 6,7%. Respecto a la estructura familiar, el 39,5% de los ancianos viven solos y 29,75%, con el cónyuge. De la muestra total, el 23% vive con al menos con uno de sus hijos, el 5,4% con los nietos y el 72% comparte la casa con otra persona.

Relativamente a la percepción del apoyo familiar recibido, se encontró que el 37,2% de los ancianos revelan que ven su familia y amigos tan a menudo como les gustaria, mientras que el 92,2% tenía alguien en quien confiar, el 72,8% dijo que ven a sus familiares cuando lo necesitan, el 8,4% tiene a alguien que puede hacerse cargo de ellos aunque sea por un corto tiempo y el 18,8% dijo que a veces hay alguien que puede cuidar de ellos (para llevarlo al médico, tener una comida, etc.)

Los miembros de la familia más frecuentemente citados en el estudio como cuidadores, han sido los hijos con el 71,2%, los nietos con 15,45%, y otros familiares 7: 59%. En cuanto al nivel de educación, el 28,2% no sabe leer ni escribir y el 17,8% sabe leer y escribir sin tener título de estudio, el nivel educativo predominante es la cuarta clase (1er ciclo de la educación básica) con 36,2%, y que el 1% pudo terminar la educación preparatoria (2º ciclo de educación básica) y el 4,4% completo 9 años de escuela (3er ciclo de la educación básica), el 3,9% tenía 12 años de escolaridad, con la carrera media el 3,4% y el 5,2% en posesión de un título superior. En este estudio, se verificó la existencia de diferentes estratos sociales. De este modo, el 30,9% considera que pertenece a una clase social más baja, 33,5% que pertenece a la clase media baja, el 33,8% pertenece a la clase media y el 1,8% a la clase media alta.

En cuanto a la percepción que el individuo tiene su propia salud, el 1,3% de los participantes informaron que tienen un muy buen estado de salud, el 12,5% dice que es bueno, el 58,2% la considera razonable, el 23,2% reconoce su salud como mala, y el 4,7% dice ser muy mala .

En lo que respecta al estilo de vida, el 7,8% menciona tener una vida no activa, 35% se considera poco activo, el 43,3% reconoce estar activo y el 11,5% que tiene

un estilo de vida muy activo.

Al comparar resultados obtenidos a partir del análisis de los datos estadísticos, se percibe que los participantes consideran tener una calidad de vida satisfactoria, especialmente las mujeres. Además de sugerir que la noción de satisfacción con la vida está dentro del intervalo de la media, aunque es necesario tener en cuenta que el valor obtenido está cerca del punto de corte de nivel inferior.

Al nivel de optimismo anímico los resultados están por encima de la media y presentan más variabilidad en las mujeres. Ya las percepciones de la capacidad de *coping* parecen ser más bajas en las mujeres, pero dentro de los valores medios para el sexo masculino.

La autoestima aparenta ser superior a la media, con casos de puntuación máxima que dan lugar a participantes con muy alta autoestima, en contraposición a la afectividad positiva y negativa que no es muy elevado y similar entre la escala de cotización entre géneros.

La Escala de Esperanza en el futuro nos muestra la presencia de confianza en la capacidad eficacia futura, aunque el inventario de salud mental, advierte la presencia de estados de ánimo ligeramente depresivos, factor que depende del autor en causa ya que los puntos de corte varían entre los estudios llevados a cabo.

In síntesis, los encuestados se perciben a sí mismos como teniendo una calidad de vida positiva, aunque no es alta, demostrándose moderadamente satisfechos con su vida. Esta percepción se basa en el optimismo anímico y resistencia ligeramente positivos, una alta autoestima influenciada por tasas de afectividad negativa y positiva medianas y alguna confianza en el futuro, sin embargo, especialmente en las mujeres, parezcan existir ser signos de depresión. Efectuada la intercepción de los resultados de la escala de felicidad con los resultados de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) y el análisis de los caminos (Path Analysis), se constata la existencia de una fuerte relación entre ambos conceptos, notándose que la mayoría de los grupos de adultos y ancianos entre los 23 e los 28 años, se presenta como ligeramente satisfechos a insatisfechos con la vida.

En esta investigación, se abordaron los temas: calidad de vida (WHOQOLMÉDIA); satisfacción con la vida (SWLSMÉDIA); optimismo (LOTMÉDIA); estrategias de *coping* (COPINGMÉDIA); autoestima

(AUTOESTIMAMÉDIA); emociones positivas (PANASPOSITIVOMEDIA); emociones negativas (PANASNEGATIVOMEDIA); salud mental (TMHI5), la frecuencia de las respuestas sociales (Frsocail), del sexo, de cualificación literarios (Hab Ecivil); vive solo (ViveSozinho); si tiene usted a alguien de confianza (es); Está con su familia y amigos tan a menudo como desea (ver); Sentarse solo / a (sentir); ¿Hay alguien que le puede ayudar a el / ella si está enfermo o discapacitado / a (HA12); No es alguien que puede cuidar de sí mismos? (Há12a); ¿Cómo es su salud (como); Considera que es una persona activa (considera).

De una muestra de 387 pacientes de edad avanzada se incluyeron en el análisis 339 que corresponde al número de casos con datos faltantes. Por lo tanto, para el ajuste del modelo de regresión logística múltiple (permite evaluar cómo un conjunto de variables independientes predice o explica la variable dependiente categórica dicotómica) se consideró una variable binaria de la felicidad como la variable dependiente y las variables antes mencionadas como predictores. En la tabla16, se presentan todas las variables consideradas y sus respectivas categorías de respuestas. Los resultados nos muestran que los más optimistas son menos propensos a reportar sentimientos de infelicidad. Lo mismo ocurre con las estrategias de *coping* (-0.482) sin embargo no son estadísticamente significativos.

Utilizando el modelo de regresión logística múltiple, se encontró que el mejor modelo para representar la felicidad, es el modelo con la variable explicativa: estar bajo la respuesta social (Frsocail) con 6,31 veces más propensos a ser infeliz que las en la comunidad.

## INDICE

<i>Dedicatória</i> .....	- 1 -
<i>Agradecimentos</i> .....	- 2 -
RESUMO.....	- 3 -
ABSTRACT.....	- 5 -
RESUMEN .....	- 7 -
RESUMEN COMPLETO.....	- 9 -
ÍNDICE DE FIGURAS.....	- 35 -
ÍNDICE DE TABELAS.....	- 35 -
INTRODUÇÃO .....	- 38 -
PARTE I - MARCO TEÓRICO .....	- 41 -
CAPÍTULO I – FELICIDADE.....	- 42 -
1. Felicidade, Influências das Variáveis Pessoais e Situacionais.....	- 43 -
2. Felicidade e Variáveis Sociodemográficas .....	- 44 -
<b>2.1 Felicidade e religião</b> .....	- 45 -
<b>2.2 Felicidade e situação económica</b> .....	- 46 -
3. Felicidade, Autoestima, Emoções Positivas e Negativas e Satisfação com a Vida - 48 -	
<b>3.1 Autoestima</b> .....	- 48 -
<b>3.2 Emoções positivas e negativas</b> .....	- 49 -
<b>3.3 Satisfação com a vida</b> .....	- 51 -
4. Felicidade, Estratégias de <i>Coping</i> e Saúde Mental .....	- 53 -
<b>4.1 Estratégias de <i>coping</i></b> .....	- 53 -
<b>4.2 Saúde mental</b> .....	- 55 -



5.	Felicidade: Terminologia e Construções.....	- 56 -
CAPÍTULO II - ENVELHECIMENTO .....		- 67 -
1.	Processo de Envelhecimento Psicobiofisiológico.....	- 68 -
1. 1.	<b>Idade cronológica enquanto sistema de datação independente da maturidade e da estrutura biológica do sujeito.....</b>	- 71 -
2.	Estereótipos do envelhecimento .....	- 73 -
3.	Transformação da velhice .....	- 74 -
4.	O idoso no Século XXI.....	- 76 -
	<b>4.1 Inversão dos signos do envelhecimento .....</b>	- 77 -
	<b>4.2 Reforma como período de lazer .....</b>	- 78 -
	<b>4.3 Universidades séniores.....</b>	- 79 -
5.	A importância do Idoso no Contexto Político Social e Familiar .....	- 80 -
	<b>5.1 Envelhecimento bem sucedido .....</b>	- 81 -
	<b>5.2 Conceito e indicadores .....</b>	- 82 -
	<b>5.3 O modelo psicológico .....</b>	- 84 -
PARTE II - MARCO EMPÍRICO .....		- 90 -
CAPÍTULO I:METODOLOGIA.....		- 91 -
1.	Objetivos.....	- 92 -
2.	Desenho da Investigação.....	- 93 -
3.	Hipóteses de Trabalho.....	- 94 -
4.	Amostra.....	- 94 -
5.	Indicadores e variáveis.....	- 95 -
6.	Instrumentos.....	- 95 -
6. 1.	Análise psicométrica dos instrumentos .....	- 96 -

<b>Questionário Sociodemográfico</b> .....	- 96 -
<b>Escala de Felicidade Subjetiva</b> .....	- 96 -
WHOQOL-BREF .....	- 97 -
WHOQOL- (Domínio Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais, OMS, coordenadores portugueses, Vaz-Serra, A. & Canavarro, C., 2006). .....	- 98 -
<b>Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)</b> .....	- 98 -
<b>Revised Life Orientation Test- (LOT-R)</b> .....	- 99 -
<b>Brief Resiliente Coping Scale (BRCS)</b> .....	- 100 -
<b>Escala de Rosenberg (RSA)</b> .....	- 100 -
<b>Mental Health Inventory-5 (MHI-5)</b> .....	- 101 -
<b>Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)</b> .....	- 102 -
<b>Escala da Esperança para adultos (Escala de Futuro)</b> .....	- 103 -
7. Procedimentos formais e éticos da recolha de dados .....	- 104 -
8. Tratamento estatístico dos dados .....	- 104 -
<b>CAPÍTULO II -APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS E ANÁLISE DE RESULTADOS</b> .....	- 106 -
<b>1. ESTUDO I - Recursos sociais e de saúde de idosos que frequentam as respostas sociais centro de dia, centro de convívio, universidade sénior e comunidade no distrito de Leiria</b> .....	- 107 -
Figura 2: As respostas sociais existentes no concelho de Leiria restringem-se apenas à existência de Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), Lar, Centro de Dia e Centro de Convívio.....	- 107 -
Distribuição territorial da taxa de cobertura das respostas Centro de Dia, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Serviço de Apoio Domiciliário .....	- 108 -
Aspetos sociais.....	- 109 -
<b>Família e amigos</b> .....	- 109 -
<b>Escolaridade</b> .....	- 110 -

<b>Classe social</b> .....	110 -
<b>Auto-percepção da saúde</b> .....	111 -
WHOQOL-SRPB.....	111 -
Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS).....	112 -
Teste de Orientação para a Vida (Life Orientation Test – LOT).....	113 -
Escala Breve de Coping Resiliente (Brief Resilient Coping Scale – BRCS) .....	114 -
Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES) .....	115 -
Lista de Afetos Positivos e Negativos (Positive and Negative Affect Schedule- PANAS) .....	116 -
Escala de Esperança .....	118 -
Inventário de Saúde Mental (Mental Health Inventory – MHI) .....	119 -
<b>2. ESTUDO II - Fidedignidade e Estrutura Fatorial da Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper (EFS)</b> .....	122 -
<b>3. ESTUDO III - Criação de um grupo extremo da felicidade</b> .....	127 -
Area Under the Curve.....	130 -
<b>4. ESTUDO IV - Preditores da felicidade</b> .....	133 -
<b>CAPÍTULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	141 -
<b>1. Interpretação e implicações</b> .....	142 -
<b>2. Limitações</b> .....	147 -
Considerações finais .....	148 -
Referências Bibliográficas .....	151 -
<b>ANEXOS</b> .....	167 -
Frequenta alguma resposta social?.....	169
Qual a resposta social que frequenta?.....	169

1.	Sexo?.....	169
3.	Habilitações?.....	169
4.	Estado civil?.....	169
5.	Quantas pessoas conhece o suficiente para ir visitá-las nas suas casas? N.º .....	169
8.	A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram a fazer algo juntos? N.º .....	169
10.	Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria? .....	169
11.	Sente-se sozinho/a? .....	169
12.	Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo?(refere-se a ajuda social, não económica) .....	169
12a.	Há alguém que possa cuidar de si? .....	169
12b.	Quem são essas pessoas? (assinalar as várias respostas dadas) .....	169
13.	Algumas pessoas consideram que a sociedade portuguesa está dividida em classes sociais. Das seguintes classes, em qual delas é que o sr/a se incluiria? .....	170
14.	Como avalia a sua saúde? Diria que está.....	170
15.	Considera que é uma pessoa ativa?.....	170
	Assunto: Pedido de autorização para administração de Escala.....	177

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Analítico do Estudo.....	93
Figura 2: As respostas sociais existentes no concelho de Leiria restringem-se apenas à existência de Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), Lar, Centro de Dia e Centro de Convívio.....	107
Figura 3 : Análise Fatorial Confirmatória (AFC).....	126
Figura 4: Modelo de Equações Estruturais para a Felicidade.....	128
Figura 5: Curva de ROC.....	130

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1:Taxa de cobertura de equipamento de apoio à população idosa em 2011...	108
Tabela 2: Estatísticas descritivas da pontuação média do WHOQOL-SRPB.....	112
Tabela 3: Estatísticas descritivas da pontuação total da Escala de Satisfação com a Vida.....	113
Tabela 4: Estatísticas descritivas da pontuação total do Teste de Orientação para a Vida .....	114
Tabela 5: Estatísticas descritivas da pontuação total da Escala Breve de <i>Coping</i> Resiliente.....	115
Tabela 6: Estatísticas descritivas da pontuação total da Escala de Autoestima de Rosenberg.....	116
Tabela 7: Estatísticas descritivas das pontuações totais das subescalas afetividade positiva e afetividade negativa da lista de afetos positivos e negativos.....	117
Tabela 8: Estatísticas descritivas das pontuações totais das subescalas iniciativa e caminhos da escala de esperança.....	119
Tabela 9: Estatísticas descritivas da pontuação total do inventário de saúde mental (MHI5).....	120
Tabela 10 : Estatísticas descritivas da pontuação média e do somatório da Escala de Felicidade Subjetiva.....	121
Tabela 11: Consistência interna.....	124
Tabela 12: Matriz das componentes principais.....	125

Tabela 13: Índices de ajustamento da AFC .....	126
Tabela 14: Índices de ajustamento do modelo dos preditores da felicidade.....	129
Tabela 15: Test Result Variable(s): felicidade_média.....	130
Tabela 16: Coordenadas da curva .....	132
Tabela 17: tabela de classificação.....	135
Tabela 18: Teste Omnibus .....	135
Tabela 19: Sumário do Modelo .....	136

## LISTA DE SIGLAS

---

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
BRCS	Escala Breve de <i>Coping</i> Resiliente
ED	Edição
EFS	Escala de Felicidade Subjetiva
EUA	Estados Unidos América
LOT-R	Escala Revised Life Orientation Test
MHI-5	Escala Mental Health Inventory
NA	Afetividade Negativa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Afetividade Positiva
PANAS	Escala de Afetivo Positivo e Afetivo Negativo
QDV	Qualidade De Vida
ROC	Area Under the Curve
RSA	Escala de Auto-estima de Rosenberg
SOC	Modelo de Otimização Seletiva com Compensação
SWLS	Escala de Satisfação com a Vida
UTI	Universidade da Terceira Idade
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin

---

## INTRODUÇÃO

Nas sociedades contemporâneas, o envelhecimento da população é um fenômeno evidente. Com o aumento de pessoas idosas é imperioso que se ultrapasse a visão da velhice centrada em doença e no declínio, substituindo-a por uma abordagem mais valorativa do ser velho e do processo de envelhecimento.

O envelhecimento não tem de ser uma etapa terminal de desfecho incompreensível, no fim de uma vida repleta de aprendizagens, de relações, de projetos, mas à semelhança de qualquer outra etapa de vida humana, poderá ser uma oportunidade de bem-estar e de felicidade.

Quando refletimos quanto ao efeito da idade na avaliação da felicidade, Watson (2000) (citado por Ferraz et al.,) observou que, apesar da crença popular de uma típica “crise de meia-idade”, ou da “síndrome de ninho vazio” que supostamente, a felicidade é menos intensa em determinadas fases da vida, sendo essa variação muito pequena ao longo dessas etapas.

A literatura acerca da temática apresenta uma variedade de fatores envolvidos no conceito, que levam em conta características biográficas, sociais e psicológicas (Diógenes de Madeiros, Mesquita do Nascimento, Evangelista Mariano, Silva Sales, & Bezerra de Madeiros, 2014), que têm contribuído para uma nova forma de olhar o ser humano, em especial com o aparecimento da psicologia positiva, segundo a qual, a felicidade é vivenciada por experiências emocionais ou afetivas sobre as negativas.

A pertinência deste estudo deve-se ao fato de, a atual estrutura etária resultante da queda nos índices de fecundidade e as taxas de migração em diferentes combinações, terem alterado a estrutura etária das sociedades, num processo conhecido como envelhecimento populacional e que alterou o significado da velhice em todo o mundo, o número de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos ter crescido rapidamente. Dos 590 milhões de indivíduos nessa faixa etária que existiam no final do século passado estima-se que em 2050, serão cerca de dois bilhões (M. G. M. Fernandes & Santos, 2007). Perante esse fenômeno, passa a haver uma nova leitura da pessoa velha, outrora com uma carga de invalidez e inutilidade, assistida pelo Estado, passando a tratar-se apenas, de pessoas de mais idade e não velhos incapazes, como potenciais consumidores que mantêm a sua função contributiva, e dá-se o surgimento da construção de um novo modelo social para o idoso: a terceira idade, abordada ao



longo deste trabalho, de acordo com os variados modelos e perspectivas.

Segundo Rodrigues e Silva (2010) no seu estudo sobre o papel das características sociodemográficas na felicidade, apuraram que a escolaridade e a educação não apresentaram correlação com o bem-estar subjetivo/felicidade, e também com as características que não estão sob o domínio do indivíduo, a etnia e o sexo. Também Diener e Biswas-Diener (2002), demonstram que as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, aspetos económicos e educação) não influenciam com muita intensidade a variação nos níveis de satisfação com a vida.

Por sua vez, Heller, Watson e Ilies, (2004) defendem nos seus estudos uma associação entre felicidade e religião, pelo fato de a espiritualidade prover um sentido e um propósito para a vida das pessoas, dando respostas a algumas questões existenciais que muitas vezes proporcionam angústia e infelicidade.

Cohn, Fredrickson, Brown, Conway, e Mikels (Cohn et al., 2009) referem que a Felicidade é um composto de satisfação com a vida, estratégias de *coping*, e emoções positivas que predizem resultados de vida desejáveis em muitos domínios. A relação entre emoções positivas e maior satisfação com a vida, que encontraram nos seus estudos, sugerem que as pessoas felizes se tornam mais satisfeitas não apenas porque se sentem melhor, mas porque conseguem desenvolver recursos para viver bem (Becalli, 2014).

Os debates acerca das condições que favorecem a felicidade são cada vez mais frequentes e relevantes, contudo prematuros. E em sua maioria, remetem para uma associação entre pessoas felizes e países economicamente prósperos, onde existe um cenário político estável, de liberdade e democracia (Veenhoven, 1991a, 2008). Outros estudos, demonstraram que pessoas com poder de aquisição acima da média não são mais felizes do que a população geral (Kahnem et al, 2006).

Apesar dos vários fatores apontados pela literatura, como determinantes da felicidade, é de consenso geral dos autores que esta, depende da forma como cada indivíduo julga a sua vida, atendendo às suas expectativas adaptadas às constantes mudanças, e de quanto a pessoa está satisfeita com a vida que leva, pelo que, o interesse pela existência de determinantes associadas à felicidade entre as quais, as psicológicas, subiu de interesse, pelas suas implicações na saúde mental e qualidade de vida dos indivíduos (Medeiros et al. (2014).

Neste contexto, o presente trabalho consolida-se em duas partes. A primeira é relativa à revisão da literatura e pretende constituir um enquadramento teórico-conceitual, na qual abordaremos os conceitos, felicidade e envelhecimento, quanto à sua terminologia e construções, que sirva de referência ao estudo empírico e a influência das variáveis pessoais e situacionais, pelo que se expõe alguns conceitos e modelos considerados fundamentais para esta investigação.

Na segunda parte do trabalho, descrevemos o estudo em termos metodológicos pelo que apresentamos o tipo e desenho de investigação, objetivos, variáveis em estudo, hipóteses formuladas, universo e amostra, instrumentos adotados para a recolha de dados, bem como todos os procedimentos envolvidos.

De seguida, apresentamos os resultados obtidos com os estudos de fidedignidade, consistência interna e análise das hipóteses formuladas, bem como a discussão, integrando-a no enquadramento teórico-conceitual, evidenciando os seus significados e retirando implicações teóricas, empíricas e práticas. Evidenciamos também algumas limitações do estudo e conclusões dos resultados da investigação.

Para o prosseguimento dos nossos objetivos desenvolveu-se um estudo empírico para avaliar a influência de um conjunto de variáveis (sociodemográficas, relacionais, emoções positivas, crenças religiosas, princípios e valores pessoais e variáveis clínicas) na contribuição da felicidade nas pessoas idosas, cujos participantes (387 idosos com idades compreendidas entre os 55 e os 96 anos), sem demência, que integram respostas sociais. (centros de dia, centros de convívio, universidade sénior e comunidade) no distrito de Leiria.

## **PARTE I - MARCO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I – FELICIDADE**

## **1. Felicidade, Influências das Variáveis Pessoais e Situacionais**

O estudo sistemático da felicidade tem vindo a ganhar relevância a nível mundial, sobretudo nas últimas duas décadas. Os estudos relacionados com o conceito, tem contribuído para uma nova forma de olhar o ser humano, principalmente com o aparecimento da psicologia positiva e de acordo com esta perspetiva teórica, a felicidade é a predominância de experiências emocionais ou afetivas positivas sobre as negativas. Felicidade é sinónimo de bem-estar subjetivo de tal forma que grande parte das publicações não utiliza a denominação “felicidade”, mas o termo “bem-estar subjetivo” para se referir ao mesmo constructo. A felicidade depende da forma em que cada indivíduo julga a sua vida, atendendo às suas expectativas adaptadas às constantes mudanças, e de quanto a pessoa está satisfeita com a vida que leva. A literatura acerca da temática apresenta uma variedade de fatores envolvidos no conceito de bem-estar subjetivo, satisfação ou felicidade, principalmente quando se levam em conta características biográficas, sociais e psicológicas (Diógenes de Madeiros, Mesquita do Nascimento, Evangelista Mariano, Silva Sales, & Bezerra de Madeiros, 2014).

Estudos mais recentes evidenciam que as pessoas mais felizes manifestam-se mais bondosas para com os outros, relativamente às que são menos felizes, e que a felicidade subjetiva aumenta quando as pessoas aumentam o seu foco nos seus próprios atos de bondade.

A felicidade tem sido abordada por diversos modelos teóricos que, mais do que diferentes, são complementares (Ferraz, Tavares, & Zilberman, 2007a), contudo o percurso das pesquisas sobre felicidade, não tem sido unânime nem consensual. Existem várias diferenciações concetuais acerca do termo. Na década de 1950 o uso de conceitos tais como "bem-estar", "ajuste" e "saúde mental" foram utilizados para se referirem à "felicidade", mas nas últimas décadas, com a aposta nesta área científica, os cientistas sociais têm permitido um avanço na conceção de felicidade (Veenhoven, 1991b).

Nas últimas décadas, também a Psicologia e a Psiquiatria se têm manifestado interessadas pelo estudo da felicidade, representando uma mudança de paradigma, deixando de se dedicar à sua relação com os estados afetivos patológicos, para a psicologia positiva. A psicologia positiva dedica-se à investigação dos estados

afetivos positivos, como a felicidade, o contentamento, a resiliência, o otimismo, a gratidão e a qualidade de vida, entre outros. São muitas as definições de felicidade, mas a maioria delas faz referência a um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e prazer (Ferraz et al., 2007a).

## **2. Felicidade e Variáveis Sociodemográficas**

Rodrigues e Silva (2010) no seu estudo acerca do papel das características sociodemográficas na felicidade, verificaram que a escolaridade e a educação não apresentaram correlação com o bem-estar subjetivo/ felicidade, tal como aconteceu com as características que não estão sob o domínio do indivíduo, como a etnia e o sexo.

Braga (2013) constatou que quanto mais habilitações literárias menores são as estratégias de *coping* religioso e espiritual positivo utilizadas em sua vida quotidiana.

Batista, Trovisqueira, e Positiva (2010) referem que um grau de educação baixo, poderá corresponder a falta de informação sobre alimentação cuidada e sobre as doenças sexualmente transmissíveis ou simplesmente corresponder a falta de dinheiro para obtenção de uma dieta equilibrada, pelo que devemos refletir que a escolaridade pode, forma indireta, influenciar a felicidade.

No que diz respeito à faixa etária, existem estudos que indicam não haver variações significativas do nível de felicidade. Contudo um número significativo de pesquisas transculturais, que envolvem mais de 20 nações, entre as quais, Alemanha, Brasil, Chile, Irlanda do Norte, Noruega, Lituânia, Suécia, Alemanha etc.) concluem que, em 90% dos países que participaram nestas pesquisas, há um decréscimo dos sentimentos prazerosos com o avanço da idade.

Otta e Fiquer (2004) e Gouveia et al. (2010), demonstram que os idosos se sentem mais felizes com a vida, e que os afetos são mais bem regulados com o passar do tempo, assim como os valores humanos contribuindo, desta forma, para uma positiva sensação de bem-estar (citados em Diógenes de Madeiros et al., 2014).

Quanto ao efeito da idade na avaliação de felicidade, Watson em 2000 (citado por Ferraz et al., 2007a) observou que, apesar da crença popular de uma típica “crise da meia-idade”, ou da “síndrome do ninho vazio” que supostamente diminuiria a

felicidade em determinadas fases da vida, essa variação é muito pequena ao longo dessas etapas.

A felicidade é um conceito multifacetado cuja definição, inclui conceitos como a satisfação global de vida, satisfação de domínio específico, crenças positivas sobre a vida, e frequentes emoções positivas em relação às negativas (Cohn, Fredrickson, Brown, Conway, & Mikels, 2009).

A felicidade depende dos níveis de satisfação do sujeito ao longo de um determinado

período, dos estados emocionais que o sujeito demonstra, bem como ausência de emoções negativas (Susana & Carvalho, 2014).

## **2.1 Felicidade e religião**

Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006) numa revisão sistemática científica, a partir de 850 artigos publicados ao longo do século XX, concluíram que a religião está associada positivamente a indicadores de felicidade, satisfação com a vida, afetos positivos e a melhor saúde mental. A associação entre a felicidade e a religião, pode dever-se ao facto da primeira se apresentar num um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente, importante à busca pessoal para a compreensão de respostas às perguntas fundamentais sobre o sentido da vida. A presença de sentido em sua vida sem dúvida que se revela consistentemente associada ao bem-estar, significando que quanto mais esta percepção subjetiva predomina, mais elevados são os sentimentos positivos e a satisfação com a vida. Sentir mais significado / sentido da vida tem sido associado a mais alegria, mais satisfação com a vida e mais felicidade. Acredita-se que a associação entre religiosidade e felicidade se deva ao facto da espiritualidade prover um sentido e um propósito para as vidas das pessoas, dando resposta a uma série de questões existenciais que normalmente levam à angústia e à infelicidade. Por outro lado, ao participarem em rituais em que há uma congregação de fiéis, os religiosos tendem a sentir-se menos solitários, e talvez por isso mais felizes (Heller, Watson, & Ilies, 2004).

Braga (2013) nos seus estudos, revela-nos que as crenças religiosas dos indivíduos, apresentam-se enquanto processo de coping (maneira como os indivíduos lidam,

gerem, se adaptam e enfrentam as situações stressantes do dia a dia), que quando conseguido produz bem-estar, tanto físico, como psicológico e emocional. Estas estratégias tanto podem ter efeitos positivos para os sujeitos (procura de amor, proteção de Deus, conforto na literatura religiosa, perdoar e ser perdoado, colaborar com Deus na resolução de problemas e, assim, redefinir o fator stressante como benéfico), como negativos (questionar a existência, o amor ou os atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação e descontentamento em relação a Deus e redefinir o fator de stress como punição divina ou forças do mal).

Várias são as pesquisas que mostram que pessoas religiosas ou espiritualistas tendem a manifestar maiores índices de felicidade, maior satisfação com a vida, melhor saúde mental e parecem lidar melhor com acontecimentos adversos que possam ocorrer no decorrer das suas vidas (Balanchó, 2010; Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore, & Koenig, 2002; Delle Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick, & Wissing, 2011; Ferraz et al., 2007a; Sonja Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005; Steger, Frazier, Oishi, & Kaler, 2006).

## **2.2 Felicidade e situação económica**

Os debates acerca das condições que favorecem a felicidade são cada vez mais frequentes e relevantes, contudo prematuros. A maioria remete para resultados de que as pessoas felizes vivem em países economicamente prósperos, onde existe um cenário político estável, liberdade e democracia (Veenhoven, 1991a, 2008).

Matheny et al. em 2002 e Ouwehand, Ridder e Bensing em 2009 (estudos revistos e citados por Susana & Carvalho, 2014), referem que condições socioeconómicas elevadas, auxiliam e sustentam uma melhor qualidade de vida, pelo que, os indivíduos conseguem ter mais recursos disponíveis para lidarem positivamente, com as diversas situações, tornando-o mais feliz e influenciando toda a sua envolvente. Reforçam que as estratégias comportamentais, a perceção de *stress*, o apoio social e os aspetos económicos são fatores que predizem a satisfação com a vida associam-se à satisfação com a vida e, o, e os recursos que utilizavam são responsáveis 54% sobre o stress percebido. Verificaram ainda que os homens apoiavam-se mais em estratégias de confiança, saúde e aptidão física, e reestruturação cognitiva.

No sentido inverso estão os resultados dos estudos de Diener e Biswas-Diener



(2002), que demonstram que as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, aspetos económicos e educação) não influenciam com muita intensidade a variação nos níveis de satisfação com a vida. Apesar dos resultados supra referidos alertam para 4 tipos de resultados diferentes encontrados nas suas revisões da literatura acerca da relação entre renda e bem-estar subjetivo (BES):

1. Há grandes correlações entre a riqueza das nações e a felicidade inscrita nos relatórios desses países (entre países);

2. Há pequenas correlações entre renda e a felicidade dentro das nações, embora estas correlações pareçam ser maiores nos países pobres, e o risco de infelicidade é muito maior para as pessoas pobres (intra países);

3. O crescimento económico nas últimas décadas nas sociedades economicamente mais desenvolvidas tem sido acompanhado por um pequeno acréscimo de felicidade, havendo um desnível brutal entre esses dois tipos de crescimento (não linear);

4. As pessoas cujos objetivos são principalmente materiais tendem a ser substancialmente menos felizes, a menos que já sejam abastados.

Diener e Biswas-Diener (2002) adiantam várias teorias compatíveis com aqueles resultados:

A ideia de que a relação entre renda e felicidade depende da quantidade de material desejada pelas pessoas para que lhes permite cumprir os seus desejos. Argumentam que a primeira explicação é um caso especial da segunda;

Uma terceira explicação ainda sem evidência científica, deixa a ideia de que as normas sociais de produção e consumo são essenciais para a compreensão da correlação entre a felicidade e a renda.

Estudos recentes revelam uma correlação entre a felicidade e as condições económico-financeiras, demonstrando que o crescimento material e o sucesso económico são desejos de muitas pessoas em diferentes partes do mundo, maioritariamente em países pobres, sendo que as pessoas tendem a ser mais felizes na medida em que conseguem as coisas que desejam, num modelo que valoriza as necessidades materiais (Diógenes de Madeiros et al., 2014).

Kahneman, Krueger, Schkade, Schwarz, e Stone (2006) demonstraram que pessoas com poder de aquisição acima da média não são mais felizes do que a população geral, quando se medem experiências momento a momento, referindo mesmo que

esses indivíduos são mais tensos e não destinam mais tempo a atividades prazerosas.

As Nações mais ricas costumam reportar índices mais elevados de felicidade, comparativamente a nações mais pobres revelando scores de felicidade mais altos do que aqueles que vivem em regiões mais pobres. Por outro lado, as pesquisas relatam que para as nações e indivíduos, com níveis de subsistência dignos (incluindo comida, água e saneamento básico), o aumento do poder aquisitivo não se correlaciona com um incremento significativo nos níveis de o que confirmou os estudos de Diener e Biswas-Diener (Ferraz et al., 2007a).

Apesar de se encontrarem muitas vezes correlações baixas entre condições socioeconômicas e a felicidade isso não significa que as condições externas são sempre irrelevantes para a felicidade, pois tem sido largamente demonstrado e todos assistimos diariamente a ilustrações de que as más condições econômicas na maioria dos países africanos e asiáticos têm um efeito devastador sobre a felicidade. Da mesma forma condições "exteriores", o sistema político em que se vive; traço macro culturais, crenças atuais e modos de expressão e redes interpessoais, são importantes e particularmente determinantes para a felicidade (Dorn, Fischer, Kirchgässner, & Sousa-Poza, 2007; Veenhoven, 2000).

### **3. Felicidade, Autoestima, Emoções Positivas e Negativas e Satisfação com a Vida**

#### **3.1 Autoestima**

Os debates acerca das condições que favorecem a felicidade são cada vez mais frequentes e relevantes, contudo prematuros. A maioria remete para resultados de que as pessoas felizes vivem em países economicamente prósperos, onde existe um cenário político estável, liberdade e democracia (Veenhoven, 1991a, 2008).

Matheny et al. em 2002 e Ouwehand, Ridder e Bensing em 2009 (estudos revistos e citados por Susana & Carvalho, 2014), referem que condições socioeconômicas elevadas, auxiliam e sustentam uma melhor qualidade de vida, pelo que, os indivíduos conseguem ter mais recursos disponíveis para lidarem positivamente, com as diversas situações, tornando-o mais feliz e influenciando toda a sua envolvente. Reforçam que as estratégias comportamentais, a percepção de *stress*, o apoio social e os aspetos econômicos são fatores que predizem a satisfação com a vida associam-se à satisfação

com a vida e, o, e os recursos que utilizavam são responsáveis 54% sobre o stress percebido. Verificaram ainda que os homens apoiavam-se mais em estratégias de confiança, saúde e aptidão física, e reestruturação cognitiva.

Apesar de se encontrarem muitas vezes correlações baixas entre condições socioeconómicas e a felicidade isso não significa que as condições externas são sempre irrelevantes para a felicidade, pois tem sido largamente demonstrado e todos assistimos diariamente a ilustrações de que as más condições económicas na maioria dos países africanos e asiáticos têm um efeito devastador sobre a felicidade. Da mesma forma condições "exteriores", tal como o sistema político em que se vive; traço macro cultural, crenças atuais e modos de expressão e redes interpessoais, são importantes e particularmente determinantes para a felicidade (Dorn, Fischer, Kirchgässner, & Sousa-Poza, 2007; Veenhoven, 2000).

Os estudos de Rosenberg (1965) sugerem que, os indivíduos que expressam uma atitude predominantemente afetiva em relação a si mesmos consideram-se mais felizes.

### **3.2 Emoções positivas e negativas**

Regra geral, as emoções positivas, alegria, a satisfação e o amor, têm uma implicação direta com a saúde e a felicidade. Permitem o desenvolvimento cognitivo e comportamental e a construção de recursos psicológicos e emocionais. As emoções negativas nomeadamente o medo e a raiva induzem comportamentos de evitação ou de enfrentar ameaça. As emoções positivas também minimizam a duração e os efeitos tóxicos da excitação emocional negativa (Anjos et al., 2016; Fredrickson, 2001; Freitas, 2011).

Sinteticamente, as emoções positivas ampliam o repertório pensamento-ação exercendo uma função adaptativa em situações percebidas enquanto ameaçadoras e favorecendo o bem-estar em contraposição às emoções negativas que limitam momentaneamente o repertório de pensamentos/ações restringindo as opções comportamentais (Fredrickson, 2001).

As experiências emocionais positivas permitem que os indivíduos se tornem mais criativos, informados, socialmente integrados, resilientes, saudáveis e felizes. A alegria estimula o divertimento, apela à criatividade e fomenta não só o desenvolvimento social e físico, mas também o intelectual e artístico. O interesse,

promove o desejo de explorar, adquirir novas informações e experiências. O contentamento cria o desejo de desfrutar das circunstâncias de vida atual e integrar estas circunstâncias em novas concepções de si e do mundo e os comportamentos pró-ativos remetem para uma maior satisfação com a vida. O amor é visto como uma mistura de emoções positivas distintas de si e do mundo (Becalli, 2014).

Os resultados do estudo de Becalli (2014) revelaram a inexistência de diferenças significativas entre os sexos, no que respeita às emoções positivas na relação com a satisfação com a vida, contudo nas emoções negativas encontraram-se diferenças, sugerindo que as mulheres vivem mais intensamente as emoções do que os homens, e por isso aparecem frequentemente representadas nos extremos das escalas de bem-estar.

Sujeitos mais satisfeitos com a vida desenvolvem capacidades, recursos e praticam comportamentos mais eficazes face às circunstâncias do dia-a-dia (Susana & Carvalho, 2014).

As emoções positivas são uma poderosa fonte de crescimento e mudança, nos sujeitos, sobre os seus julgamentos acerca da vida e suas habilidades para viver bem (felizes). Elas produzem pensamentos novos e de amplo alcance e ações que normalmente promovem bem-estar. As emoções positivas são preditores de aspetos de grande significado, como saúde, riqueza e longevidade, na medida em que possibilitam a construção de recursos para lá chegar.

De acordo com, Cohn, Fredrickson, Brown, Conway, e Mikels (Cohn et al., 2009) a Felicidade é um composto de satisfação com a vida, estratégias de *coping* e emoções positivas predizem resultados de vida desejáveis em muitos domínios. A relação entre emoções positivas e maior satisfação com a vida, que encontraram nos seus estudos, sugerem que as pessoas felizes se tornam mais satisfeitas não apenas porque elas se sentem melhor, mas porque conseguem desenvolver recursos para viver bem (Becalli, 2014).

O conceito de otimismo resulta de emoções positivas e diz respeito às expectativas favoráveis em relação ao seu futuro. Níveis mais elevados de otimismo estão correlacionados com o bem-estar subjetivo em tempos de adversidade ou dificuldade (ou seja, o controle para o bem-estar anterior). O otimismo tem estado associado a altos níveis de estratégias de coping e a níveis baixos de ajustamento, está associado a

medidas proativas para proteger a saúde, enquanto o pessimismo está associado a comportamentos prejudiciais à saúde e conseqüentemente encontra-se relacionado com indicadores de melhor saúde física (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010).

O foco central da Psicologia Positiva é a Felicidade, e o Otimismo. O conceito de Otimismo tem sido alvo de grande interesse, para a sua compreensão, dado a sua importância, para o bem-estar físico e psicológico do ser humano (Csikszentmihalyi, 2014; M. E. P. Seligman & Csikszentmihalyi, 2014). Os otimistas apresentam-se confiantes e persistentes, mesmo que o progresso seja lento e difícil, enquanto os pessimistas se apresentam mais hesitantes e duvidosos. O otimista apresenta grandes expectativas em alcançar os objetivos ou obter resultados positivos, e provavelmente, vivência uma mistura de emoções tendencialmente positivas. Contrariamente, o pessimista não espera obter resultados positivos, é elevada a probabilidade de vivenciar uma diversidade de sentimentos negativos, tais como ansiedade, tristeza e desespero. A partir dos estudos realizados nas últimas décadas acerca de otimismo, foi possível verificar relações significativas, com algumas variáveis, nomeadamente, com as relações sociais, sensação de poder percebido, bem-estar físico, resiliência e qualidade de vida (Batista et al., 2010).

Em 2013 Fredrickson (citado por Carvalho, 2014) escreve que indivíduos que vivenciam uma maior reatividade emocional positiva nas atividades de rotina agradáveis, diversificam mais as suas estratégias comportamentais numa extensão de dois a três meses e mesmo perante os problemas, a pessoa poderá sentir positividade à mesma, o que deste modo, leva a refletir que a negatividade apropriada desempenha também um papel importante no florescimento humano.

### **3.3 Satisfação com a vida**

A satisfação com a vida é um fator subjetivo do bem-estar, que por sua vez é uma área da psicologia que tem crescido muito ultimamente, cobrindo estudos que têm utilizado as mais diversas nomeações, com como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo (Giacomoni, 2004).

A satisfação com a vida pode ser percebida como uma avaliação cognitiva de algumas áreas

específicas da vida, tais como, a saúde, o trabalho, as condições de habitação, as relações sociais, a autonomia etc, isto é, um processo de juízo e avaliação geral da vida

de acordo com um determinado critério. “*A qualidade de vida e a satisfação com a vida na velhice têm sido muitas vezes associadas a questões de dependência-autonomia*” (Donalisio, Joial & Ruiz, 2007).

Paschoal (1996, citado por Donalisio, Joial & Ruiz, 2007), a satisfação com a vida, de forma indireta, reflete a qualidade de vida e é uma dimensão importante nas avaliações do estado de saúde nos idosos.

Para Neri (2001) a satisfação com a vida é uma das dimensões do bem-estar psicológico, que reflete a avaliação pessoal do indivíduo sobre determinados domínios. “*Um aspecto importante do bem-estar psicológico é a capacidade de acomodação às perdas e de assimilação de informações positivas sobre o self, um sistema composto por estruturas de conhecimento sobre si mesmo e um conjunto de funções cognitivas que integram ativamente essas estruturas ao longo do tempo e ao longo de várias áreas do funcionamento pessoal*”.

Albuquerque e Trócoli (2004) mencionam que a satisfação com a vida é uma apreciação cognitiva de um determinado aspecto da vida da pessoa, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida, uma avaliação sobre a vida de acordo com um critério. A avaliação da satisfação depende da comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e o padrão de vida escolhido.

Freire (2000), a vida pode ser satisfatória, com qualidade e bem-estar, principalmente quando há disposição para encarar os desafios da vida, lutar pelos direitos dos seres humanos e por em prática projetos viáveis dentro das condições pessoais e do meio ambiente em que se vive, principalmente quando o indivíduo possui uma rede de suporte social.

A satisfação com a vida é um fator subjetivo do bem-estar, que por sua vez é uma área da psicologia que tem crescido muito ultimamente, cobrindo estudos que têm utilizado as mais diversas nomeações, tais como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo (Giacomoni, 2004).

A noção de bem-estar engloba diversos fatores positivos do funcionamento humano e nos últimos anos desenvolveu-se pesquisas a cerca do processo de florescimento, tais como a autorrealização, felicidade, satisfação com a vida e

gratidão. Assim, o sujeito que é feliz ou manifesta bem-estar em termos de comportamentos apresenta sucessos na sua realização de objetivos, expressa gratidão aos outros, vivência emoções positivas e tem uma visão otimista das situações. Os indivíduos mais satisfeitos com a vida conseguem desenvolver capacidades e recursos que os habilitam a praticarem comportamentos mais eficazes face às circunstâncias do dia-a-dia. Contudo, embora os recursos pessoais sejam importantes para uma vida de sucesso, na avaliação da satisfação com a vida são as experiências emocionais que a determinam em especial as experiências emocionais positivas de maior significado (Susana & Carvalho, 2014). Assim, a satisfação com a vida representa uma avaliação subjetiva geral do indivíduo sobre a sua vida, no qual compara circunstâncias da sua vida com as que são incluídas num modelo de vida *standard* que ele próprio deu origem, e que considera adequado para si (Moody, 2006).

Para além dos conceitos de satisfação com a vida e emoções positivas, temos as expectativas otimistas dos indivíduos em relação ao seu futuro à luz da Psicologia Positiva, uma ciência que estuda a experiência subjetiva positiva, as potencialidades e virtudes humanas e as instituições que promovem a qualidade de vida, contribuindo para a compreensão e desenvolvimento dos fatores que permitem a prosperidade dos indivíduos e comunidades.

#### **4. Felicidade, Estratégias de *Coping* e Saúde Mental**

##### **4.1 Estratégias de *coping***

Recentemente desenvolveu-se um novo conceito de coping recorrente da psicologia positiva, o qual integra um processo de autorregulação, realização de objetivos, estratégias e crescimento pessoal. Várias pesquisas desenvolvidas nas últimas décadas a cerca da felicidade, têm-se focalizado na compreensão do processo como os indivíduos gerem diversas situações, perante circunstâncias adversas, referindo a necessidade de aumentar de forma positiva as capacidades humanas. Assim, há que fomentar estratégias comportamentais positivas, que desempenhem um papel fundamental no bem-estar físico e psicológico, perante desafios ou momentos negativos promovendo desta forma uma melhor qualidade de vida (Susana &

Carvalho, 2014).

As estratégias de *coping* ajudam a controlar ou reduzir os efeitos das situações problemáticas com as quais as pessoas se confrontam no seu quotidiano ou em momentos específicos.

Folkman e Larazaus (1980) destacam o papel assumido pelas estratégias de *coping*, salientado que estas podem mudar de momento para momento, durante os estágios de uma situação stressante.

As estratégias de *coping* refletem-se nas ações, comportamentos ou pensamentos utilizados numa situação stressante (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). De acordo com, Folkman e Larazaus (1980), as estratégias podem ser agrupadas dois tipos dependendo da função. O *coping* focado na emoção é determinado como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao *stress* ou a vivências stressantes. Estes esforços de *coping* são encaminhados a nível somático e a nível sentimental, modificando o estado emocional do indivíduo.

O *coping* focado no problema constitui-se um esforço para atuar na situação que deu origem ao *stress*, e modificá-la. A função desta estratégia é transformar o problema que existe na relação entre o indivíduo e o ambiente que está a causar tensão. A ação de *coping* pode ser direcionada internamente ou externamente. Assim, quando o *coping* focado no problema é encaminhado para uma fonte externa de *stress*, compreende estratégias tais como, negociar para resolução do um conflito interpessoal ou solicitar ajuda de outros indivíduos. Quando o *coping* focado no problema é encaminhado internamente, normalmente necessita de uma reestruturação cognitiva como por exemplo, a redefinição do emento *stressor*.

A importância do *coping* focalizado no problema ou focado na emoção pode variar consoante a resposta a diferentes tipos de *stress* ou diferentes momentos no tempo. Carver e Scheier (1994), referem que estas duas categorias são facilmente compreendidas mas, os seus efeitos podem ser confundidos. O *coping* focado na emoção pode facilitar o *coping* focado no problema ajudando a aliviar a tensão e, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça reduzindo a tensão emocional.

Recentemente, surgiu uma terceira estratégia de *coping* focada nas relações interpessoais, o indivíduo procura apoio-se no seu grupo de amigos e família de forma



a resolver a sua situação stressante Coyne e DeLongis (1986).

De forma a controlar uma determinada situação os sujeitos que possuem bons recursos, podem não responder de imediato perante os desafios, mas utilizam-nos preventivamente para compensar futuras perdas que possam ocorrer.

A ciência tem vindo a desenvolver respostas de que forma os indivíduos pode desenvolver o seu lado positivo, de modo a enfrentarem com mais eficácia os diversos acontecimentos que vão surgindo. Existe um esforço de adaptação dos sujeitos na interação com a realidade, e o recurso a estratégias comportamentais proativas que integram os processos de autogestão e autorregulação na realização de objetivos futuros.

Podemos encontrar na literatura quatro tipos de estratégias de *coping* que são o *coping* reativo, o *coping* antecipatório, o preventivo e o pró-ativo.

As pessoas esforçam-se para obter mais recursos, o desejo de maximizar os ganhos, e construir fatores de resistência, quer para afastar crises futuras ou para crescer e cultivar suas capacidades para seu próprio bem.

Esta perspetiva de tempo prospetivo ajuda a equilibrar modelos de *coping* tradicionais que enfatizam demasiadamente a natureza reativa do *coping*. As quatro perspetivas de *coping* podem referir-se a eventos que já aconteceram ou a eventos que estão prestes a acontecer. Uma situação stressante pode refletir um encontro prejudicial em curso, ou pode evoluir no futuro próximo ou distante, o que representa uma ameaça para alguém que se sente incapaz de combinar as futuras exigências com as suas estratégias de *coping* (Schwarzer & Luszczynska, 2008).

## **4.2 Saúde mental**

Há uma nova geração de investigadores que assinalam a saúde mental e desenvolvimento humano não meramente como a ausência de doença mental, mas também a presença de bem-estar subjetivo e felicidade. O bem-estar subjetivo é um aspeto fundamental da qualidade de vida que pode ser acedido externa ou internamente e objetiva ou subjetivamente (Keyes, 2013).

Em 1948 entra em vigor o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde

(OMS), enquanto “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não constituindo apenas na ausência de doença ou efemeridade*” (World Health Organization [WHO], 2001 p.1; citado por WHO, 2005).

Recentemente, foi criada nos EUA uma entidade nosológica apelidada de “síndrome da felicidade”. Contudo, o chamado perfeito bem-estar mental é incompatível com a situação do homem, suas dificuldades, dúvidas, medos e incertezas. Esta síndrome acontecerá quando aparentemente alguém se encontra num estado de hiperadaptação mental, existindo um outro lado severamente empobrecido no plano fantasmático, com a sua vida onírica e de fantasia amortecida, em função de um rebaixamento da criatividade e do potencial de intervenção sobre a realidade, no sentido de transformá-la (Segre & Ferraz, 1997).

Ferraz et al. (2007c), numa revisão acerca da felicidade conclui que a identificação dos traços psicológicos e socioculturais é particularmente útil em pessoas predispostas a doenças mentais, favorecendo o desenvolvimento de abordagens preventivas, com potencial repercussão nas áreas social e ocupacional.

A felicidade subjetiva ou bem-estar subjetivo não são sinónimos de saúde mental, mas são importantes para a saúde mental, sendo que, não são suficientes nem sinónimos (Diener, Suh, & Oishi, 1997).

Jahod (1958), referiu que não se pode dizer que há saúde mental positiva com base na ausência de doença mental, daí a necessidade de avaliar outras dimensões.

Outros estudos demonstraram uma correlação entre a espiritualidade/ religiosidade e a honestidade, bem-estar, felicidade, satisfação com a vida, auto-respeito, saúde mental, etc. (Brooks & Matthews, 2000). Os indivíduos que se assumem espirituais conseguem suportar mais os sintomas negativos da saúde física e mental e vivenciar uma diminuição da sua sintomatologia, dores, depressão e ansiedade (Lima, 2013).

## **5. Felicidade: Terminologia e Construções**

Como refere Pocinho (2007) em todas as áreas das ciências, incluindo a psicologia e outras ciências humanas, a nosologia sucede à epistemologia, isto é, o método de nomear a condição deriva da forma de pensar a mesma. Ora, sendo que a unidade elementar da terminologia (campo do conhecimento que estuda a linguagem

específica) é o termo, que é associado a um conceito, podemos ter uma terminologia associada a qualquer ciência ou área disciplinar. Não obstante existem algumas perspectivas que consideram que o conceito está associado ao termo e outras que defendem a independência entre termo e conceito. No entanto, é consensual que quando os termos ou conceitos necessitam eles mesmos de esclarecimento, a definição proposta não é satisfatória. Existe uma engenharia linguística que permite organizar e facilitar os processos de trabalho e armazenar a informação que tem de ser dinâmica para se adaptar aos avanços das tecnologias da informação e da comunicação. Para a filosofia, a terminologia é um conjunto de unidades cognitivas que representam o conhecimento especializado. É, portanto, uma forma de conhecer, o conjunto das unidades de expressão e comunicação que permitem transferir o pensamento especializado, e assim comunicar (Dias, 2000). Do exposto, se entende a necessidade de iniciarmos este capítulo pela tentativa de definição do conceito Felicidade.

Se analisarmos a literatura podemos observar que são muitas as definições de felicidade e que nelas são sempre mencionados estados emocionais positivos onde emergem sentimentos de bem-estar e prazer.

De acordo com Dicionário Houaiss da língua portuguesa (Debates, 2004) felicidade apresenta 3 sinónimos:

- ✓ Qualidade ou estado de feliz, estado de uma consciência plenamente satisfeita, satisfação, contentamento, bem-estar.
- ✓ Boa fortuna, sorte.
- ✓ Bom êxito, acerto, sucesso.

Mas apesar do apontamento, sabemos que sinónimo, não é definição. Definir felicidade é bem mais complexo. Uma das dificuldades em definir a felicidade relaciona-se com o facto de que “discutir a felicidade significa refletir sobre o que é importante na vida” (Giannetti, 2002). Contudo a importância dada aos acontecimentos é subjetiva já que depende dos objetivos, valores e de variáveis psicológicas. A complexidade da definição de felicidade advém desta subjetividade que se encontra vinculada a variáveis de personalidade que interferem com percepções e representações. Esta subjetividade explica a não compreensão sobre estados emocionais de determinadas pessoas que nós consideramos ter tudo para ser felizes e que afirmam não serem completamente felizes.

Desde os tempos mais remotos que o tema da felicidade é abordado por filósofos e moralistas, como sendo a última meta das aspirações humanas. O estudo da felicidade tem sido uma arena para a especulação filosófica e vários são os estudos que têm recorrido aos clássicos, e filósofos, para tentar definir a felicidade. Sobre Platão e Fedro diz-se que condicionam a felicidade ao amor pelo outro, que Aristófanes a remete para o amor-próprio e Empédocles que a liga diretamente às convicções religiosas. Na perspectiva budista, a felicidade aparece como sinónimo de desistir dos desejos, assente numa vida virtuosa, para atingir metas e deveres. A definição de que ser feliz é amar o outro de forma incondicional e respeitar as leis de Deus tem sido atribuída aos cristãos. Na tradição e génese latina, identificam-se os conceitos de felicitas, fortuna e beatitudo, palavras que ainda hoje fazem parte do nosso vocabulário atual no ocidente, para identificar felicidade, entendida como alegria, serenidade/pacificação, gozo/prazer, ventura, sorte, fama, glória, delícia e bem-estar (Balancho, 2010).

Rojas (2004), nos seus estudos, revela que para os gregos, palavras como: eutijía, eudaimonía e makariótes, eram usadas para descrever a experiência de felicidade, sendo que as duas primeiras a descrevem como algo passivo, não controlado pelo sujeito, e contingencial (“boa sorte”, com base na deusa do destino “tjé”, e eudamonía, significando ter êxito e uma vida bem sucedida) e a última a bem-aventurança, de sentido dimensional no além ou felicidade do espírito.

Reflexões acerca da ideia de felicidade têm estado presentes nas obras de muitos pensadores em todas as épocas. Mas a ciência psicológica, ao longo de sua história, deu pouca ênfase ao estudo da felicidade e as inferências sobre o assunto ficaram por longo tempo circunscritas no âmbito da literatura e, principalmente, da filosofia. Somente no final do século XX, pesquisadores da área da Psicologia Social voltaram sua atenção para os estados de felicidade, o bem-estar emocional, a satisfação com a vida e a identificação de afetos positivos e negativos relacionados, em última instância, com o que podemos denominar de qualidade de vida.

Estudiosos da psicologia positiva enfrentam um desafio fundamental: chegar a acordo sobre a terminologia. Bem-estar e felicidade são frequentemente utilizados indiferentemente, como, se do mesmo constructo se tratasse. Por exemplo, a perspectiva de felicidade hedonista é muitas vezes considerada sinónimo de satisfação

com a vida. Apesar dos avanços significativos na compreensão felicidade, tanto a nível teórico e metodológico tem sido negligenciado o significado de felicidade do ponto de vista dos leigos (Delle Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick, & Wissing, 2011). A felicidade e o bem-estar são muitas vezes utilizados como sinónimos, o que pode gerar ambiguidades na tentativa da sua definição. Delle Fave et al. (2011) no seu estudo acerca da felicidade tentou, por isso, distinguir “felicidade” de “bem-estar”.

Oishi, Graham, Kesebir e Galinha (2013) exploraram as variações culturais e históricas dos conceitos de felicidade. Para o efeito, recorreram a dicionários de 30 nações para entender as semelhanças e as diferenças culturais do conceito. Analisaram, também a definição de felicidade inscrita nos dicionários de Webster, desde 1850 à coeva data para compreender as mudanças históricas. Estudaram, ainda, entre 1800 a 2008, as diferenças entre a felicidade aplicada a um estado (nação feliz) e a felicidade aplicada às pessoas. Neste estudo concluíram que nas diferentes culturas e tempos, a felicidade tem sido na maior parte das vezes definida como boa sorte e presença de condições externas favoráveis, e estados/ sentimentos emocionais favoráveis ou positivos. O mais relevante deste estudo foi o destaque dado por Oishi et al. (2013) ao valor de uma perspetiva histórica no estudo deste conceito.

O conceito de felicidade tem-se tornado objeto sistemático de estudo científico no seio da Psicologia. Apresentamos aqui uma breve sùmula histórica dos estudos mais referenciados nesta área nas últimas duas décadas.

A esse respeito Myers e Diener (1997) argumentam que, embora a investigação científica da felicidade tenha crescido muito rápido, as especulações sobre felicidade são antigas. Desde dissertações filosóficas sobre a proveniência da felicidade como viver uma vida virtuosa, favorecer prazeres; saber a verdade, preservar as ilusões até à purga da ira e da miséria, a lista é grande. Contudo, para descobrir a verdade sobre a felicidade, temos de perceber em que medida estas definições se relacionam com a realidade.

Até meados do século XX, os psicólogos relutavam em estudar a felicidade, porque o paradigma behaviorista reinante nas ciências sociais sustentava que emoções subjetivas eram vagas demais para que fossem objetos apropriados de pesquisa científica. No entanto, nas últimas décadas, o “empirismo árido” foi diminuindo no meio académico, o que permitiu que a importância das experiências subjetivas

puddesse ser novamente reconhecida, e o estudo da felicidade foi retomado contribuindo para a compreensão do modo como as pessoas avaliam suas vidas, pelo estudo de variáveis como vida satisfatória, satisfação no casamento, ausência de depressão e ansiedade e emoções e estados de humor positivos. Esses estados subjetivos estão inter-relacionados e são definidos a partir da referência interna da pessoa, numa perspectiva em longo prazo, cujo foco são os sentimentos relativamente duradouros (Diener, Suh, & Oishi, 1997) e não as emoções passageiras. A Felicidade passa, então a ser definida de uma variedade de formas.

Segundo Balancho (2010), com base nas suas pesquisas, realça algumas questões, quais são as condições para uma vida que valha a pena ser vivida; o que faz da vida uma vida boa; o que compõe uma existência feliz; qual o valor da vida; que ligação existe entre felicidade e condições de vida, como o dinheiro; têm-se vindo a colocar nas tradições filosóficas e religiosas, e mais recentemente na ciência do bem-estar psicológico. Colocá-las ajuda-nos a perceber se nos consideramos satisfeitos ou insatisfeitos com a vida e, conseqüentemente, a auto regular a existência, produzindo eventuais mudanças na vida, ou investindo e otimizando o que nos faz viver vidas com maior satisfação e bem-estar (Balancho, 2010).

Num mundo globalizado, onde a cultura majorante se posiciona em discursos de crise, déficit, patologização, contaminação, e comunicação social permanente do sofrimento, do trauma e da desgraça, desejar ser feliz passou a ser uma urgência. A procura de fórmulas da felicidade – de preferência simples, rápidas, como algumas das atualmente presentes em inúmeras publicações que primam pela ausência de raízes na ciência – surge como uma propensão clara no mundo ocidental. Perante esta tendência, acreditamos numa resposta científica (Balancho, 2010).

Na história do que foram os caminhos para a felicidade na Inglaterra do século XVI, XVII e até finais do XVIII, sobressai a ideia de que o desejo para a realização total na vida era fazer algo que permitisse que falassem de si depois da morte, importava a continuação do nome e da fama na imortalidade. A partir do século XIX, e até hoje, as prioridades no atingir da felicidade tornaram-se outras, mais centradas no presente, do máximo de experiências de bem-estar e satisfação, de felicidade em vida atual e não futura, muitas delas equacionadas na emocionalidade positiva.

De acordo com, a psicologia positiva Felicidade é o estado de espírito ou

sentimento caracterizado pela satisfação, amor, prazer ou alegria, é estar consciente não só dos eventos positivos que ocorrem na sua vida, mas também que cada indivíduo é a causa desses mesmos eventos. Por isso, primeiro é necessário descobrir o que torna feliz cada sujeito, que pode ser tão variável e diferente como um milhão de euros num banco ou estar sentado num parque admirando a natureza. Depois de encontrado o que faz a felicidade tem de se ser capaz de criar esses eventos, e estar motivado para fazer essas ações e assim aproveitar a oportunidade e ser feliz. A Psicologia positiva, com base em numerosos estudos científicos, defende que as emoções positivas estão associadas a melhor saúde, vida mais longa e mais bem-estar. Um estudo realizado na Harvard School of Public Health afirma que as pessoas que são geralmente esperançosas eram menos propensas a desenvolver hipertensão, diabetes ou infecção do trato respiratório do que aqueles que eram menos esperançosos (Siegel, 2009).

Na Psicologia Positiva a investigação sobre felicidade, bem-estar subjetivo e qualidade de vida tem crescido rapidamente. A felicidade tem sido descrita como um estado subjetivo em que há preponderância dos afetos positivos sobre os afetos negativos; e vem sendo investigada em domínios como relações interpessoais, atividades de lazer, valores e motivação para autorealização (E Diener & Biswas-Diener, 2003).

Os estudos acerca da felicidade procuram esclarecer como os diferentes níveis de sentimentos de prazer e desprazer, objetivos de vida, estilos cognitivos, características de temperamento e estados de humor influenciam na definição de uma vida Feliz. A pessoa pode avaliar sua própria vida utilizando dimensões cognitivas e/ ou afetivas, sendo que esses componentes – cognitivo e afetivo frequentemente se inter-relacionam.

Nesta linha de pensamento, distinguem-se três componentes primários do bem-estar subjetivo:

- ✓ Satisfação global
- ✓ Sentimento agradável
- ✓ Baixo nível de sentimento

desagradável, Cada um deste componente

pode ser subdividido:

- ✓ Satisfação nos mais variados âmbitos da vida, como no lazer, no amor, na amizade e outros
- ✓ Emoções específicas, como alegria, carinho e amor-próprio
- ✓ Emoções e estados de humor como vergonha, tristeza, raiva e ansiedade.

De um modo geral, há uma tendência para a pessoa experimentar níveis semelhantes de bem-estar em diferentes aspetos de sua vida. Além disso, parece haver alguma estabilidade em longo prazo no montante de emoções prazerosas e desprazerosas que a pessoa experimenta (Bartels & Boomsma, 2009; E Diener & Lucas, 2008).

A definição de felicidade e das condições que a permitem e sustentam tem naturalmente, sido alvo de inúmeras perspectivas (Diener, 2009). A qualidade da vida de uma pessoa e o seu bem-estar subjetivo podem ser determinados, por um lado, pelos seus pensamentos e emoções, por outro, pelo modo como percebe e concebe o mundo. As pessoas tendem a descrever-se muito mais como felizes do que como infelizes e a felicidade é o protótipo das emoções positivas (Myers, 2015).

Pelo exposto, definir objetivamente felicidade, é uma tarefa difícil e complexa, perante a existência de múltiplos conceitos e noções a que está associada. Neste estudo, a atenção recai na apreciação individual da vida como um todo.

Veenhoven (2005) define felicidade como um gozo subjetivo da vida. Nesta linha, gozo é definido como o grau em que um indivíduo avalia global e positivamente a sua qualidade vida presente. Em outras palavras, o gosto que cada um tem pela vida. Assim, o conceito de felicidade pressupõe uma avaliação global da vida, de todos os critérios que surgem na mente do indivíduo, que não passam apenas pela quantidade de emoções, já que pode haver muita emoção na vida e muito pouco de outras qualidades. A avaliação global da vida envolve o que se sente, o que preenche as expectativas e se sente como desejável para si.

As valorizações da vida podem referir-se a diferentes períodos de tempo como tem sido, como ela é no presente e como provavelmente vai ser no futuro. E estes desenvolvimentos não coincidem necessariamente, um período pode ser positivo, mas negativo no futuro. Faz sentido, questionarmos-nos se estaremos na presença de uma simples emoção ou de um autêntico valor pessoal e social (Veenhoven, 2005).



Scalco, Araújo e Bastos (2011), definem felicidade, numa dimensão mais alargada, como o nível no qual o indivíduo percebe positivamente a sua vida com medição temporal do presente momento da análise e adiantam, que estar feliz é uma condição associada a desfechos positivos em saúde, além de ser um fim por si só, torna-se importante identificar quem são as pessoas felizes e suas principais características. Para os autores, este conhecimento poderia ajudar na elaboração de políticas e estratégias que visem aumentar o bem-estar populacional.

De tudo o que foi exposto, não é possível encontrar um conceito universal de felicidade, sendo difícil de a quantificar e/ou qualificar, pela sua profunda subjetividade. Encontramos algum consenso em autores como Diener, Kesebir, Parducci, Myeres, Stull, Tellegen, Ryff e Csikszentmihalyi, que são referências importantes para o estudo atual do conhecimento sobre este sentimento e que o relacionam com um estado de bem-estar subjetivo (Balacho, 2010).

A felicidade, apesar de subjetiva, pode ser estudada, medida, aprendida e ampliada, um fenómeno passível de ser medido (Frank, 2015; Kahneman, 2003). Com efeito, são vários os estudos que demonstraram que quanto mais felizes, maior a probabilidade da existência de contactos sociais com amigos, e aumento de respostas positivas sempre que os outros pedem ajuda. Por outro lado, também tem revelado que é menos provável que se sofra de doenças psicossomáticas (digestivas, ligadas ao stress, dor de cabeça, cardiovasculares), que se falte ao trabalho, ou se envolva em conflitos laborais. A probabilidade de tentativas de suicídio é baixa, sinal comportamental mais claro de infelicidade. Pode-se afirmar que, as pessoas que têm mais amigos íntimos tendem a viver significativamente mais felizes e a viver mais anos (Frank, 2004; Myers, 1999, 2015). Um grande e crescente corpo de literatura tem demonstrado a importância do apoio de amigos e parentes para a saúde e o bem-estar de adultos não só jovens, mas também pessoas mais velhas e conseqüentemente, mais felizes (Chan & Lee, 2006).

Cloninger (2004), por sua vez, considera que “felicidade” é a expressão que traduz a compreensão coerente e lúcida do mundo, isto é, a verdadeira felicidade requer uma maneira coerente de viver. Esta visão de felicidade, inclui todos os processos humanos que regulam os seguintes aspetos da vida, sejam relações interpessoais, sexuais, materiais, intelectuais, espirituais ou emocionais. O autor acredita que

aqueles aspetos podem ser adaptativos, que podem ser medido no sentido da percepção da capacidade que tem para conduzir à harmonia e à felicidade.

A investigação tem mostrado, que a felicidade é um processo contínuo e não estático, que requer uma forma de viver a vida, e experiências, que inclui atitudes positivas. Mais do que alcançar os objetivos, ou um estado prazeroso, a felicidade é determinada pela vivência e é benéfica para o funcionamento efetivo da pessoa, beneficiando-a na busca de objetivos (Balancho, 2010).

As pessoas felizes obtêm ganhos significativos para a sua vida: vivem mais tempo; sofrem menos doenças; permanecem casadas mais tempo; cometem menos crimes; produzem ideias mais criativas; trabalham mais e melhor; ganham mais dinheiro e ajudam mais os outros (E. Diener & Biswas-Diener, 2003; Oishi, Diener, & Lucas, 2007).

Csikszentmihalyi durante trinta e cinco anos dedica-se ao conceito de felicidade, e observou, através de um grande número investigações qualitativas que as “pessoas felizes” relatavam as suas percepções e experiências, cria o conceito de flow, que, embora, ainda não tenha sido padronizado na língua portuguesa, a própria palavra, “fluxo” expressa o significado proposto pelo autor, sendo, um estado mental operacional em que o indivíduo está completamente imerso e concentrado no que está a fazer, pelo que, é bem-sucedido na atividade em causa, obtendo grande prazer. O autor acredita que o fluxo é uma forma do que denominou optimal experience, isto é, uma vivência de excelente funcionamento mental e psicológico (Csikszentmihalyi, 1982; Csikszentmihalyi, 1991).

Para o autor as atividades que absorvem a nossa energia psíquica, e sobre as quais mantemos nossa atenção são as produtivas (trabalho, estudo etc.), as atividades de manutenção (cuidados com a casa, alimentação, cuidados pessoais, transporte), e as atividades de lazer (consumo de média, hobbies, conversas, repouso). O autor faz duras críticas à televisão por ocupar a maior quantidade de energia psíquica de todos os atos de lazer.

A relação entre felicidade e psicopatologia. Watson (2000), é outro aspeto, objeto de discussão da literatura, que aponta, que altos índices de afetos negativos estão amplamente associados com a psicopatologia de diferentes tipos. Assim, baixos índices de afetos positivos, parecem estar relacionados com transtornos do humor,

particularmente a depressão melancólica (Pais-ribeiro, 2005; Stewart, Watson, Clark, Ebmeier, & Deary, 2010; Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

Para Seligman a felicidade é concetualizada a partir de três dimensões: Prazer, Compromisso e Significado. A primeira grande via para a felicidade é hedónica, realizada através do aumento das emoções positivas, ou concretização dos desejos. A segunda dimensão para a felicidade, tem a ver com o compromisso, e traduz-se na busca de gratificação, ou seja de experiencias que nos envolvam completamente. A terceira e última dimensão para a felicidade, refere-se ao uso das nossas forças e competências ao serviço de algo maior que o nosso self, (a bondade, a família, a comunidade, a política, a justiça etc.), (M. Seligman, 2008; M. Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005).

Uma das investigadoras, das questões da felicidade, mais atuais é Sonja Lyubomirsky (S. Lyubomirsky, 2013; Sonja Lyubomirsky et al., 2005), nos seus estudos sobre a felicidade, identifica e discute os mitos da felicidade. O primeiro mito é que a felicidade pode ser encontrada, está nas circunstâncias de vida e ou se tem ou não se tem. Para a autora a felicidade, não se procura, mas constrói-se de forma personalizada, em que o indivíduo é sujeito ativo, nessa construção, já que é um fenómeno dinâmico. O segundo mito, aponta as circunstâncias de vida como determinantes para a felicidade. A autora considera que se sobrevalorizam esses aspetos e considera que tem apenas uma influência relativamente pequena, relativamente aos fatores genéticos (50% de influência) e com as escolhas pessoais (40%), os dez por cento restantes são os atribuíveis àquilo que acontece na vida das pessoas, desmentindo assim o mito de que as coisas externas (ter casa com jardim, o esposo perfeito, um emprego diferente ou mais um filho são as mais influentes tem uma grande influencia no seu bem-estar. A autora justifica essa baixa influencia pelo facto de que, após se terem atingido essas metas, as pessoas tendem a voltar ao nível de felicidade em que se encontravam antes do filho desejado, ou da casa sonhada, num movimento de adaptação. O mito numero três, em que a felicidade é genética, não existem dados empíricos, que o confirme. Daí poder-se concluir, não estarmos perante um fenómeno geneticamente pré-definido e inalterável.

A hipótese Schumpeteriana de “destruição criadora”, que defende que a tecnologia ou a inovação pode aumentar a qualidade e a variedade de bens e serviços disponíveis

aos indivíduos, tornando-os mais felizes tem demonstrado um efeito dual, em que se por um lado cria por outro destrói, uma vez que praticamente toda a população tem acesso às novas tecnologias e, portanto, são atingidos pelos seus efeitos negativos, tais como: doenças (obesidade, diabetes), depressões, falta de socialização com a comunidade em que estão inseridos, dentre outros (M. A. Ferreira, 2013).

O bem-estar psicológico ou bem-estar subjetivo, sinónimos de felicidade, são terminologias, que têm vindo a adotar-se, pela ciência psicológica, embora, haja uma maior receptividade e aceitação, da palavra felicidade, por parte da comunidade científica. Em síntese, dada a polissemia do conceito de felicidade é difícil defini-la.

**CAPÍTULO II -  
ENVELHECIMENTO**

## 1. Processo de Envelhecimento Psicobiofisiológico

A velhice tem sido vista como tendo um papel positivo ou negativo na sociedade, que depende do modelo de Homem ideal que impera em cada contexto e momento histórico nessa mesma sociedade. O contexto social marca e é também influenciado pelo envelhecimento, a sociedade cria os seus próprios valores, e devemos considerar que esta não representa somente um facto biológico mas também um facto cultural que expressa o significado e o valor atribuído às várias idades da vida (Pocinho, 2007).

A esperança de vida à nascença é o número médio de anos que um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano pode esperar viver, se mantidas, desde o seu nascimento as taxas de mortalidade do período de observação. A esperança de vida variou muito ao longo do tempo. Em França, no início da 2.<sup>a</sup> metade do século XVIII, os homens viviam em média 27 anos e as mulheres 28, atualmente os homens vivem quase 78 anos e as mulheres 85. Num contexto de espetacular aumento da duração média de vida, o exemplo de Portugal é sintomático dos limites que ainda continuam a existir nessa matéria. O número de centenários, durante o século XX, manteve-se em Portugal praticamente estável. Mas, no início do século XXI (2001 a 2011) o número de centenários disparou 159 % (316 para 1526) tendo em 2011 cerca de 69 000 nonagenários. Atualmente, no Japão, tem 30 000 centenários e França 15 000. Em 2060, segundo algumas projeções, o número de sobreviventes centenários poderá variar entre 200 000 e 300 000. Sobre a hipótese de um aumento substancial no futuro do número de centenários, já que partindo da constatação de que os recordes de esperança de vida progrediram, de forma linear, 3 meses por ano desde 1841, parece não haver razão para que essa tendência não continue (Bandeira et al., 2014).

O envelhecimento é um processo natural, que envolve alterações neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas, sendo também influenciado por fatores ambientais e socioculturais como: qualidade e estilo de vida; dieta; sedentarismo e exercício. (Santos, Andrade, & Bueno, 2009).

O envelhecimento não acontece de forma simultânea em todo o organismo, envolve múltiplos fatores endógenos e exógenos que em situações diagnósticas devem ser considerados de forma integrada.

Drachman (1997) e Blazer (2006) referem que durante o envelhecimento ocorrem mudanças em diversos âmbitos neurobiológicos e neurofisiológicos (sinapses

diminuídas, lentidão do fluxo axoplasmático, decréscimo na plasticidade), neuroquímicos (alterações na circuitária colinérgica; ao nível das monoaminas) e estruturais (neocórtex, complexo hipocampal, núcleos da base).

A visão clínico-biológica demonstra que com o envelhecimento, ocorrem mudanças no cérebro, principalmente, com uma perda na densidade dendrítica dos neurônios; esta acarreta o efeito de retardar o tempo de reação em quase todas as tarefas (A. A. Silva, 2008). Do ponto de vista morfológico, o cérebro do indivíduo idoso diferencia-se do cérebro do indivíduo jovem (redução do tamanho e do peso cerebral), particularmente daquele idoso que sofreu um envelhecimento patológico (alargamento ventricular e dos sulcos e afinamento dos giros). Nestes últimos é evidenciada, por meio de estudo post-mortem, a presença de placas senis e de produtos de degeneração celular não absorvida (Lent, 2002).

Forlenza (2005) refere que fatores neuropsiquiátricos como depressão e demência estão entre os transtornos médicos que mais comprometem a qualidade de vida dos idosos. Entre as queixas cognitivas mais frequentes em idosos destacam-se os défices de memória, mas estas também podem ser influenciadas por fatores culturais.

É crescente a busca de fatores de proteção para amenizar e prevenir distúrbios emocionais e desordens somáticas. O desenvolvimento de atividade física é um potencial responsável pela diminuição da associação entre a depressão e a deterioração cognitiva dos idosos, produzindo efeitos positivos no seu humor (Antunes, Stella, Santos, Bueno, & Mello, 2005). Outro fator de proteção hoje, largamente pesquisado, é o nível de escolaridade.

O envelhecimento ativo é um processo heterogêneo e diferenciado, na medida em que cada um(a) vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador(a) de vivências e projetos de vida, modo de ser, de sentir próprio de cada pessoa e disposição particular para reagir a determinados agentes exteriores (Pina, 2013). Os especialistas argumentam que o processo de envelhecimento é influenciado pela qualidade de vida que por sua vez inclui um alargado espectro de áreas da vida pessoal, em que os diferentes contextos e um conjunto variável de características sociais (religião, educação, família, cultura, etc.) modelam. Um aspeto relevante é a questão da dependência que pode afetar os idosos, nomeadamente no nível psicológico, social e de capacidade de decisão e controlo da sua vida, constituindo

uma voz ativa no seio da comunidade e família; por outras palavras, satisfação (e qualidade) de vida e bem-estar psicológico e físico.

Uma vertente importante do envelhecimento é a evolução da família que, tradicionalmente, tem sido o locus de interajuda intergeracional - de facto, a família é uma célula fundamental, enquanto lugar privilegiado de trocas intergeracionais, onde se encontram, se interajudam e complementam (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

O processo de envelhecimento apresenta variações que são constituídas socialmente nos diferentes grupos sociais de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças e valores. A visão clínico-biológica não contempla essa perspetiva, ao diferenciar as fases da vida em infância, juventude, fase adulta e velhice, seguindo uma ordenação linear cronológica de transformações do corpo. Tal discussão quantitativa, cronológica e homogénea, em relação ao idoso, é fixada em parâmetros que não incluem a perspetiva cultural. Por consequência, é limitada quando se quer compreender, no seu contexto, o envelhecimento. O aspeto da cultura é importante para se compreender o ciclo da vida em que a morte é uma etapa que apresenta variações nos diferentes grupos sociais que compõem a sociedade. Quando se acrescenta a variável cultura no processo de compreensão do envelhecimento, este deixa de ser apenas uma fase biológica, passando a ter diferentes construções de acordo com as relações de poder, as expectativas dos papéis sociais das pessoas no grupo, as relações de género e os conflitos que fazem parte da vida, podendo encaminhar situações de readaptação, invenção de valores e/ou exclusão.

Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais, caracterizada, por um gradual aumento dos grupos etários seniores e uma redução da população jovem, sem precedentes na história. Neste sentido, as políticas de educação, sociais e de saúde e respetiva governação, devem ter em conta as projeções das necessidades da população em matéria de serviços sociais e de saúde, sendo necessário, portanto, um olhar atento relativamente às projeções demográficas para Portugal. O desenho das políticas para atingir as prioridades e os objetivos terá de ter em conta a evolução demográfica da população com todos os fenómenos a ela associados, proporcionando aos cidadãos idosos uma vida mais ativa, saudável e participativa, procurando limitar a sua



institucionalização apenas às situações em que não existam alternativas, adotando estratégias de manutenção dos indivíduos na sua comunidade. A promoção de um envelhecimento ativo e saudável passa ainda por políticas públicas que procurem estimular uma adequada inserção ou permanência de ativos mais velhos no mercado de trabalho, dinamizando ainda por essa via a transmissão de saberes e competências entre gerações (Governo de Portugal, 2014).

Esta situação levanta a questão de saber quais são as soluções mais adequadas para lhe dar resposta, sendo necessário equacionar o papel das famílias, da comunidade e dos poderes públicos locais, regionais e nacionais, numa perspetiva de conciliação e de identificação das necessidades intrínsecas de cada sénior. Múltiplos princípios encontram-se em jogo, nomeadamente, a dignidade das pessoas, a subsidiaridade, a proximidade dos serviços à população alvo, a coesão social e local, a solidariedade e a economia. Uma vertente importante do envelhecimento é a evolução da família que, tradicionalmente, tem sido o locus de interajuda intergeracional. De facto, a família é uma célula fundamental, enquanto lugar privilegiado de trocas intergeracionais, onde se encontram, se interajudam e complementam (Martins, 1998).

### **1. 1. Idade cronológica enquanto sistema de datação independente da maturidade e da estrutura biológica do sujeito**

Serrão (2006) propõe o termo “Seniores” para os homens e as mulheres dos 65 aos 95 anos, desligados de atividades profissionais formais, que mantêm as suas capacidades intelectuais, são independentes, saudáveis e ativos. O mesmo autor propõe ainda mais 3 subgrupos:

Idosos muito dependentes por envelhecimento natural ou por doença oncológica, com idades acima dos 85 anos idosos dependentes, cuja dependência é resultante, sobretudo, de doença crónica que obriga a tratamentos médicos constantes.

Idosos independentes são os que mantêm as suas capacidades mas estão inativos, estas classificações funcionais são úteis, no entanto a definição do conceito de idoso acarreta dificuldades de delimitação da categoria, confrontando-se duas visões distintas: Uma que descreve o idoso e a velhice de uma forma negativa, onde o idoso é encarado como um ser humano frágil que à medida que a idade avança, culmina fatalmente num quadro dantesco de exclusão e sofrimento. Outra que considera o idoso como um potencial “segmento específico de consumo”. Assim, a velhice é uma época

de reflexão, de ócio, de dedicação às atividades como o “auto aperfeiçoamento”, que constituem elementos para o conceito de Envelhecimento Ativo (Mauritti, 2004).

De acordo com os estudos de Fonseca (2004) a idade pode ser caracterizada em idade biológica, idade psicológica e idade sociocultural. A idade biológica depende do funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, que diminui com o tempo. A idade psicológica, que pressupõe a existência de capacidades de natureza psicológica para adaptação à mudança ambiental, determinando as suas competências fundamentais para o controlo pessoal e a autoestima. A idade sociocultural que tem em conta um conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam numa sociedade, influenciando os comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc.

O processo de envelhecimento é uma realidade biológica com dinâmicas próprias que estão fora do controlo humano, no entanto, o processo de envelhecimento também está sujeito às construções pelas quais em cada sociedade faz sentido a velhice. No mundo desenvolvido, o tempo cronológico desempenha um papel essencial em que a idade é administrativamente marcada como a idade de reforma determinando, assim, o início da velhice. Contudo em muitas regiões do mundo o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma importância no sentido da velhice (EuroHealthNet, 2012).

A sociedade está em mudança e a esperança de vida mudou consideravelmente em todo o mundo e com isso o conceito de idoso. A nível internacional existem muitas definições se bem que tradicionalmente se continue a considerar idosa a pessoa a partir dos 65 anos. Segundo a OMS, considera-se como idosa uma pessoa com mais de 65 anos, ou mais de 60 anos se viver em países menos desenvolvidos. Contudo, por se tratar duma definição arbitrária, ela encontra-se muitas vezes ligada à idade que, num país, se considera uma pessoa ter direito a uma pensão (idade legal de reforma). Por tais motivos, as Nações Unidas optam por não considerar uma idade para se ser considerado idoso aceitando, contudo, a idade de 60 anos para esse efeito. Mas a utilização duma idade de calendário para marcar o limiar da velhice assume equivalência com a idade biológica mas, ao mesmo tempo, é geralmente aceite que estes dois factos não são necessariamente coincidentes (Carneiro et al., 2012).

## **2. Estereótipos do envelhecimento**

A denominação velha, velho ou velhice adquire contornos estigmatizantes e estereotipados para categorizar aqueles sujeitos que estavam fora do mercado por questões cronológicas e de sustentabilidade. No entanto, os sujeitos de mais idade de uma classe social económica estável eram conceituados como pessoas de idade, ou, idosos. O crescente número de pessoas com mais de 65 anos e a sua participação ativa nos mais variados segmentos sociais, tem impulsionado reflexões sobre diferentes questões éticas e morais que envolvem os idosos. Ser velho, não implica incapacidade de tomar decisões e mesmo em situações de incapacidade temporária, ou até mesmo definitiva, o idoso pode recorrer a várias formas para perseverar os seus desejos.

A convivência simultânea de várias gerações, faz com que sejam vivenciadas diferentes visões do mundo e de valores.

O aumento da população idosa, em especial, nos países em desenvolvimento tem levado a que a sociedade muitas vezes observe o envelhecimento como um “problema”, criando estereótipos que podem levar à exclusão dos idosos nas suas comunidades.

Existe uma panóplia de formas de ser velho e de contextos que o determinam, sendo certo que, há elementos comuns que o classificam e determinam, e em grande parte como uma visão preconceituosa, em que a velhice está diretamente associada à decadência, e não apenas a desgaste e decadência física (Minayo & Coimbra, 2004).

A visão preconceituosa sobre o envelhecimento, muitas vezes está associada à insuficiência de informação sobre o processo, originando significados e imagens negativas, comprometendo a vivência e a interação entre as pessoas, originando estereótipos que podem levar à exclusão ou valorização dos idosos. Os aspetos culturais interferem no modo de olhar o envelhecimento e na forma como a pessoa idosa se vai integrar nesse meio pelo que a possibilidade de envelhecer de maneira bem-sucedida depende, entre muitos fatores, da história de vida e da forma como cada um percebe o processo de envelhecimento e a velhice.

Na sociedade capitalista, o trabalho é o maior preditor da qualidade de uma pessoa. Isto pode ser evidenciado nas imagens dos idosos quando relatam a velhice como perda de capacidade de laboração e reforma. Paralelamente, surge uma nova imagem,

insistindo na autonomia e na liberdade. Assim, foram construídos dois modelos de representação denominados velhice ingrata e desabrochar da velhice, sendo que quem percebe a velhice como ingrata relaciona-a com degeneração física e mental (incapacidade, doença, demência etc.), que aparece no idoso como inatividade, incapacidade, egoísmo, fealdade, assexualidade, dependência, inutilidade e isolamento. Esta representação gera tristeza, solidão, depressão e mau humor. Entretanto, quem percebe a velhice como um desabrochar relaciona-a com autonomia física e mental (liberdade) que se reflete na capacidade, atividade, abertura, beleza, sexualidade, independência, participação e integração. Nesse caso, a velhice é associada a um período de felicidade e satisfação, prazer em viver e força individual (Guerra & Caldas, 2010).

Muito do auto-conceito do idoso se constrói sobre o medo dos indivíduos na perda da sua autonomia, liberdade, independência, as suas capacidades, sua integridade física, psíquica e moral, ou seja, medo de perder as suas características positivas e medo de ficar dependente, incapaz, inútil, isolado, cativo das degradações da idade e envolvido pela exclusão, levando a que envelhecimento seja vivido de forma conflituosa, em que se reconhecem aspetos negativos e positivos e se procuram mecanismos de adaptação por esses idosos (E. V. Silva, Martins, Bachion, & Nakatani, 2006).

### **3. Transformação da velhice**

As mudanças físicas, psicológicas e sociais associadas ao envelhecimento traduzem-se por perdas, tais como a diminuição do nível de saúde, o afastamento do mercado de trabalho e diversas situações desfavoráveis não controláveis.

Baltes e Smith (2003) analisam o fenómeno do envelhecimento humano sob a perspectiva biológica e cultural, a perspectiva de curso de vida das mudanças e a perspectiva de comportamento psicológico na velhice, demonstrando que a quarta idade implica um nível de vulnerabilidade e imprevisibilidade que é distinta da visão positiva acerca da terceira idade (jovens de idade). Os idosos na quarta idade estão nos limites da sua capacidade funcional e social e estão limitados em termos de intervenção política e científica. Novos esforços teóricos e práticos são necessários para lidar com os desafios do aumento da longevidade e da prevalência de fragilidade

associada, com as formas de mortalidade psicológica (por exemplo, perda de identidade, autonomia psicológica e de controlo). A investigação da quarta idade é um novo e desafiador território de pesquisa interdisciplinar.

O envelhecimento não tem de ser uma etapa terminal de desfecho incompreensível, no fim de uma vida cheia de aprendizagens, de relações e de projetos, mas à semelhança de qualquer outra etapa da vida humana, poderá ser uma oportunidade de bem-estar e de felicidade (Fonseca, 2006).

O envelhecimento transformou-se, deixando de ser entendido apenas como a idade funcional mas como sendo constituída pela conjugação de vários indicadores (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais). O sucesso da transformação do envelhecimento em Portugal, enquanto período da existência humana que comporta em si mesmo desafios e dilemas; depende da capacidade de juntar forças de diferentes naturezas (políticas, científicas, sociais) para desenvolver uma cultura positiva e alargada relativamente à velhice e às pessoas idosas, independentemente da sua idade (Fonseca, Trentini, Valli, & Silva, 2008).

A transformação do processo de envelhecimento e das mudanças que aí decorrem iniciou quando se entendeu que este deve ser compreendido como um período de perdas mas também de ganhos, sabendo-se que nesse processo se entrecruzam fatores pessoais, contextuais e sociais (Carneiro et al., 2012; A. M. Fonseca, 2004, 2006; R. P. Fonseca et al., 2008; Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & M.Fonseca, 2006)

De acordo com Figueira (2010, pp. 24 –25)“(…) é na prudência dos mais velhos que reside a

valorização o bom senso e o discernimento da razão. As pessoas idosas têm na espiritualidade a moderação e a maturidade, que os torna mais tolerantes. Necessitamos da inteligência questionadora dos mais jovens, da inteligência madura das pessoas de meia-idade e da inteligência prudente das pessoas idosas. Uma interação mais sustentada entre os jovens na escola e idosos poderá contribuir para maior sucesso escolar, ganhos na perceção dos jovens sobre os idosos e das próprias necessidades de crescimento humano.” O potencial de experiência acumulada e de sabedoria dos mais velhos constituem um recurso inestimável e importante que deve ser utilizado para o desenvolvimento económico e social (Carneiro et al., 2012).

O fenómeno do envelhecimento deve ser focalizado positivamente para o desenvolvimento humano. Portanto, pensar a velhice como questão pública é bem diferente de tratá-la como problema social.

#### **4. O idoso no Século XXI**

Na segunda metade do século XIX, a velhice era interpretada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência e pela ausência de papéis sociais. O envelhecimento foi fundamentalmente associado à deterioração do corpo, como um fato orgânico, até aos finais do século XX. Apenas recentemente, essa visão sobre a velhice foi perdendo sua força e a velhice e o envelhecimento passaram a constituir objetos de reflexão da antropologia, que as situa em contextos sociais e culturais específicos.

A modernidade capitalista construiu uma visão segmentada das idades: periodiza as gerações (a infância, a juventude e a adultícia) socialmente indiferenciadas pela idade onde o idoso não tinha um espaço de maturação positiva mas de um novo período entre a maturidade e a velhice que não era mais do que a negação desta. Na década de 60 inventa-se uma terceira idade, constituída por sujeitos a que muitos denominavam de população inativa mas atualmente não consegue dar conta da atual longevidade dos muito idosos, esses sim mais debilitados, afastada da imagem de dinamismo e alegria da atual terceira idade. Face ao exposto, inventa-se uma inescapável quarta idade (75 a 85anos) prenunciadora ainda de uma quinta (> 85 anos) e que quase ninguém quer estudar ou conhecer, sobretudo porque os sintomas e expressões de dependência física e mental se vão acentuando.

Entretanto, a ainda maioritária terceira idade começa a ser muito lucrativa para uma série de organizadores/gestores de atividades, produtos e serviços. Entre programas de lazer, universidades seniores, ginásios, festas e viagens para um envelhecimento saudável põem em circulação as suas economias e grande parte deste grupo que anteriormente não encontrava lugar na sociedade contemporânea. Esta recolocação no tempo e espaço ativo deixa nos mais velhos a sensação de estar mais vivos e mais alegres, esquecendo-se muitas vezes da cruel imagem iconográfica da velhice, especialmente a das mulheres. Motta (2002, p. 39) apresenta um exemplo, num livro de García Márquez que fala de amor: "Os homens floresciam numa espécie de

juventude outonal, pareciam mais dignos com as primeiras cãs, se tornavam engenhosos e sedutores, (...) enquanto suas murchas esposas tinham que se aferrar ao braço deles, para não tropeçarem até na própria sombra".

Das reflexões e das experiências expostas, algumas conclusões podem ser destacadas. Como ponto de partida, a dificuldade de aceitação do corpo que envelhece, permanentemente retocado às avessas, pelo tempo, enquanto a identidade do idoso, no capitalismo, se constitui com dificuldades e plena de ambiguidades: separação do corpo envelhecendo e da mente que permanece jovem; felicidade e dores imbricadas no discurso e no viver cotidiano.

#### **4.1 Inversão dos signos do envelhecimento**

Os signos do envelhecimento são invertidos e assumem novas designações como o “jovem idoso”, idade do lazer, etc. O asilo, passa a Lar e nasce o Centro de Dia e o envelhecimento perde as suas características tradicionais, de uma fase de recolhimento, de conservação da cultura e de reelaboração do passado. O apelo ao novo, ao jovem, ao futuro, que se encontra presente no discurso cotidiano e é colocado como a forma adequada para o envelhecimento saudável e ativo. Contudo a contradição de que o idoso para viver bem tem que conservar-se jovem é a negação do processo de envelhecer (Motta, 2002).

O momento é de acelerada mudança, permanente transição (S. L. Fernandes & Tomanik, 2009). Se o corpo, imagem física do idoso, vai oscilando entre descuidado e disciplinado, a imagem social vai melhorando em ritmo mais seguro. Na realidade, ainda coexistem as duas imagens: a tradicional, do velho inativo, respeitável, mas inútil; e a nova imagem, mais dinâmica e participante, embora apenas em determinadas situações sociais. Esta ironicamente propiciada, grosso modo, pela sociedade de consumo, ávida pelas pensões e benefícios dos reformados, pela possibilidade política e a pedagogia inesperada da sociabilidade e construção de uma identidade coletiva de idosos (Motta, 2002).

A expressão reformado (a), que antes estava associada à invalidez, ganha um adjetivo a partir da nova classificação, passando a ser denominada reforma ativa (Loureiro et al., 2013; Paúl, Ribeiro, & Teixeira, 2012).

## 4.2 Reforma como período de lazer

Em todo o mundo, o número de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos tem crescido rapidamente. Dos 590 milhões de indivíduos nessa faixa etária que existiam no final do século passado estima-se que serão a dois bilhões em 2050 (M. G. M. Fernandes & Santos, 2007).

Segundo o autor, velho que antes era assistido pelo Estado passa a ser um potencial consumidor e mantém a sua função contributiva com isso, constrói-se um novo modelo social para o idoso: a terceira idade. Esta transformação não traz consigo uma carga de invalidez e inutilidade, estes idosos são apenas pessoas de mais idade e não velhos incapazes.

A denominada reforma ativa, agora, pautadas pela concepção saudável de envelhecimento: a preservação do corpo, a busca da juventude, da atividade, da recreação frente ao recolhimento, é conotada de processo de desenvolvimento criativo e heterogêneo, no qual não há uma única forma de envelhecimento. O discurso dos especialistas e os média corroboram com a busca, ilusória e consumista, do envelhecimento como retorno a juventude, que transforma opções em regras.

“Os relatos de vida abriram possibilidades para os idosos atuarem, com base em suas vivências e experiências, como reconstrutores da história, mostrando que tal atividade não é supérflua ou desnecessária, afinal recuperar o passado e reconstruí-lo no presente é um trabalho árduo de conservação das tradições e da cultura de um povo. Os idosos, ao partilharem suas experiências no grupo, mobilizaram em seus companheiros, como num movimento de espelho, no qual se veem na vida do outro, lembranças de tempos idos” (S. L. Fernandes & Tomanik, 2009, pp. 5).

O envelhecimento passou a ser ancorado de forma positiva, onde os idosos passaram a ser guardiões da memória, que construíram. Assim, é um absurdo considerar a velhice como uma limitação ou deficiência, cuja definição tem impactos negativos, que resultam na não-aceitação ou distorção desta etapa de vida.

Para muitos idosos, a realidade de exclusão foi presente no decorrer de toda a sua trajetória de vida acentuou-se ainda mais na velhice e, numa altura em que estes acreditavam alcançar a dignidade e respeito, tornam-se vítimas de um sistema opressor e excludente (Scortegagna & Oliveira, 2012).



“A transição entre a atividade e a inatividade é outra das grandes mudanças que tende a ocorrer ao longo do processo de envelhecimento. Para a maioria dos indivíduos, esta transição ocorre quando se atinge a idade de reforma, fazendo com que o início desta seja socialmente visto como o limiar de uma outra idade de vida. Uma idade em que o trabalho deixa de ser obrigatório para assegurar a sobrevivência económica, na medida em que o rendimento é garantido através das instituições de segurança social”. (Cabral & Ferreira, 2013, p. 35).

A reforma marca o fim da atividade profissional mas é também um tempo de pós-trabalho e lazer fora dos constrangimentos profissionais, enquanto existir autonomia. Esta mudança social entre o mundo do trabalho e um tempo que passa a ser, idealmente, todo ele de lazer. Esses acontecimentos não resultaram apenas do aumento da longevidade mas também do recuo da idade de reforma, que permitiu atingi-la em melhores condições de saúde, contudo começam a inverter-se estas possibilidades. A sustentabilidade do nosso sistema de reformas pode por fim a este saudável período. Teremos de esperar para podermos avaliar os resultados.

### **4.3 Universidades séniores**

As Universidades da Terceira Idade (UTI) ou Universidades Sénior são uma resposta social e educativa feita para e pelos maiores de 50 anos num contexto de formação ao longo da vida, em regime não-formal.

As Universidades Sénior surgem como uma resposta social, uma vez que combatem o isolamento e a exclusão social dos mais velhos, principalmente a seguir à reforma; incentivam a participação dos seniores na sociedade, divulgam os direitos e oportunidades que existem para esta população; reduzem o risco de dependência e são um polo de convívio (Mendão, 2013). Estas são um espaço privilegiado de inserção e participação social dos mais velhos, baseadas num conceito de instituição com preocupações sociais e lúdicas, para além das académicas. As aulas, visitas, oficinas, blogs, revistas e jornais, grupos de música ou teatro, voluntariado, viagens de estudo no país ou estrangeiro, em que os idosos se sentem úteis, ativos e participativos, e onde adquirem competências e saberes de acordo com os interesses de cada um tendo como professores pares com idades entre os 60 e os 70 anos.

Para além de um polo educativo e de um espaço de cultura e convívio, as UTI são também um projeto de saúde já que contribuem para melhorar a qualidade de vida e consequentemente a saúde dos seus utilizadores, assim como contribuem para a diminuição dos sintomas de doença depressiva (Mendão, 2013).

Interessa realçar também o importante papel de catalisador social desempenhado pelas UTI, uma vez que a participação dos mais velhos é uma oportunidade para conviverem com os seus pares, e combaterem o isolamento social e a solidão, fenómenos vulgares e recorrentes nas populações com idades mais avançadas. A UTI também pode funcionar como uma terapia ocupacional (Formosa, 2009).

Para colmatar o efeito dos estereótipos que a sociedade criou acerca do processo de envelhecimento, surgem movimentos e grupos sociais com o intuito de dar visão aos idosos. Neste sentido, aparecem várias conquistas e oportunidades de reintegração com a sociedade, tornando a vida dos idosos com sentido e significado (Barros, 2012).

As pessoas de 60 anos e mais passaram a reinventar o seu quotidiano para preencher o tempo livre e essas mudanças estruturais refletem-se no crescimento da participação na vida associativa, na reformulação de seus hábitos de consumo e na reorganização de seu modo de vida, principalmente a partir da utilização de novas tecnologias (Barros, 2012).

## **5. A importância do Idoso no Contexto Político Social e Familiar**

Segundo Walter (2010) face à velocidade com que o desenvolvimento tecnológico tem ocorrido, vários grupos tem vivenciado a diminuição do seu *status* social, tornando suas contribuições sociais imediatas menos relevantes. O idoso devido, especialmente, às suas habilidades, conhecimento e experiências é um desses grupos.

A atual estrutura etária resultante da queda nos índices de fecundidade e a taxas de migração em diferentes combinações, alteraram a estrutura etária das sociedades, num processo conhecido como envelhecimento populacional e que alterou o significado da velhice, fazendo com que estes não mais se pudessem circunscrever às esferas privadas e familiar. É facto também que as condições de saúde dos idosos têm melhorado, e isso permite uma participação mais prolongada em diversos aspetos da vida social. Emerge, então, no centro das questões políticas e sociais. Um dos

principais aspetos da inserção social do idoso é o seu papel familiar. O idoso tem sido apontado como um apoio familiar da maior importância, não apenas pelo contributo que dá com as suas reformas, mas também pelo apoio aos cuidados com o lar e com crianças pequenas. Cabe, portanto, refletir sobre a dualidade que cerca o papel social da terceira idade – responsável pela família e dependente dela. A crescente importância atribuída ao idoso está plasmada na literatura científica e nas políticas sociais e económicas atuais. Hoje já se consolidou até mesmo uma nova terminologia para referir o idoso, que procura não ser depreciativa e sim de maior valorização e respeito (Walter, 2010).

O surgimento de categorias como a terceira idade ou o idoso jovem, contribuiu definitivamente para repensar conceitos e atitudes.

Cada vez mais, os idosos têm prolongado sua participação no mercado de trabalho devido às políticas de austeridade e consequente restrição na idade das reformas (hoje consideradas) precoces, e também sua atividade como membro importante na família: as reformas representam fator crucial de manutenção das necessidades básicas de toda a família, ajudando no pagamento de dívidas e provendo o sustento familiar.

Como refere Walter as pessoas passaram a viver mais devido aos avanços da medicina, da saúde pública, da nutrição e produção de alimentos, melhoria dos estilos de vida em geral e como consequência, deixou de se necessitar de uma grande quantidade de descendentes para preservação da identidade familiar. Por outro lado, o idoso, ao manter-se no mercado de trabalho por mais tempo garante a renda mensal o que por sua vez aumenta sua importância no seio familiar e no tecido social. Seja contribuindo economicamente, seja auxiliando na organização doméstica pelos cuidados com o lar e com crianças, passa a ser uma peça importante nas famílias, e não mais um distúrbio. Assim, a inserção social do idoso vive uma transição clara (Walter, 2010).

### **5.1 Envelhecimento bem sucedido**

As pesquisas sobre envelhecimento saudável, enquanto perspectiva particular para explorar o relacionamento entre saúde e envelhecimento, é um paradigma teórico poderoso na cultura e prática da gerontologia e uma força dominante investigação, comandada pelas agendas de pesquisa, organizações financiadoras e governos

(Gardner, 2006). Mas a investigação é orientada por premissas e modelos teóricos, que de alguma forma influenciam a visão sobre o envelhecimento e podem levar a implementação de novas políticas e visões sociais.

As pesquisas sobre envelhecimento saudável, enquanto perspectiva particular para explorar o relacionamento entre saúde e envelhecimento, é um paradigma teórico poderoso na cultura e prática da gerontologia e uma força dominante investigação, comandada pelas agendas de pesquisa, organizações financiadoras e governos (Gardner, 2006). Mas a investigação é orientada por premissas e modelos teóricos, que de alguma forma influenciam a visão sobre o envelhecimento e podem levar a implementação de novas políticas e visões sociais.

## **5.2 Conceito e indicadores**

A teoria de Charles Darwin sobre a evolução das espécies impactou o desenvolvimento de ciências como a biologia e a psicologia do desenvolvimento. Com efeito, a teoria de Darwin compreendia princípios de evolução e seleção natural das espécies, criatividade, continuidade das mudanças e multidireccionalidade. Com base nestas premissas Gesell, Bühler, Freud, Jung e Piaget desenvolveram teorias psicológicas que organizavam o desenvolvimento humano em estágios, nas quais a velhice não fazia parte.

O modelo de desenvolvimento mental na vida adulta e velhice, que versava sobre o decréscimo das capacidades intelectuais em adultos de meia-idade e idosos, passa a ser substituído por teorias que consideram as mudanças sócio históricas e as influências culturais sobre o desenvolvimento. Ao longo do século XX, com relevo para a segunda metade do século, a teoria de ciclos de vida proposta por Erik Erikson alterou as perspectivas anteriores, fornecendo as bases os modelos de life span ou desenvolvimento ao longo do curso de vida. Schaie, Willis, & Caskie iniciaram, em 1956, um estudo de cariz longitudinal onde tem investigado as diversas influências sobre o envelhecimento cognitivo incluindo, estilos cognitivos, traços de personalidade, estilos de vida e ambiente familiar no sentido de poderem detetar precocemente do risco de demência. Os autores relatam a relação entre dimensões de personalidade e as capacidades cognitivas (tanto simultâneas e longitudinais). A variação entre os vários traços de personalidade e as capacidades cognitivas foi muito

pequena. Os autores observaram que adultos e idosos expostos a condições sociais e educacionais favoráveis em fases anteriores da vida apresentavam melhor desempenho intelectual ao longo do curso de vida, independentemente da personalidade que se mantinha estável (Schaie, Willis, & Caskie, 2004).

Nas décadas de 1980 e 1990 a Gerontologia passa a se interessar por temas como: plasticidade (capacidade de mudança em face da experiência e uso); adaptação, seleção e otimização de recursos e habilidades sabedoria; dependência aprendida, seletividade emocional stressores de pouco impacto que beneficiam o organismo e o preparam a enfrentar stressores de maior impacto, modelos teóricos para mensurar a velhice bem-sucedida e a velhice acompanhada por incapacidades e fragilidade (M. Baltes & Baltes, 1993; P. B. Baltes & Smith, 2003; Carstensen, 1992; Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999; Fried, 1992; Rowe & Kahn, 1997, 2000).

Apesar da considerável literatura que, nas últimas décadas, se tem acumulado em torno do termo envelhecimento bem-sucedido não há uma definição ou critérios consensuais sobre o que, de facto, o constituirá, encontrando-se definições que remetem quer para teorias biomédicas, quer psicossociais, quer para combinações de ambas (Almeida, 2007).

A imagem do ser idoso na sociedade atual está reestruturada, apresentando uma nova reconfiguração social, remetendo-nos para a imagem de um ser que é ativo socialmente e participativo nas questões da atualidade, e cujo envelhecimento é visto de forma positiva na vida. Por outro lado os idosos declaram-se como sendo felizes em proporções idênticas às outras classes etárias (Barros, 2012).

Pode-se dizer, então, que envelhecer bem significa ter um passado com diversas experiências, onde o indivíduo aplicou os seus recursos, comportamentos e estratégias que se mostraram eficazes no sucesso adaptativo, evitando ou modificando os que se mostraram ineficazes. Por outro lado, também significa, ter um futuro com potencialidades, dependendo dos recursos disponíveis e das estratégias de superação de perdas e fracassos e da resiliência que o indivíduo desenvolveu ao longo da vida (Rabelo & Neri, 2005; Stine-Morrow & Chui, 2012).

### 5.3 O modelo psicológico

O modelo psicológico do envelhecimento bem-sucedido pertence à da psicologia do envelhecimento e é caracterizado pelo estudo das mudanças ao longo do ciclo de vida em sujeitos e contextos representativos. De acordo com esta orientação de pesquisa, o envelhecimento ativo é um processo que diz respeito a todas as pessoas, pelo que a manutenção da autonomia senão física, pelo menos psicológica e social, permitindo que este mantenha a capacidade de decisão e controlo sobre a sua vida pessoal, familiar e social (Paúl, 2005; Paúl et al., 2012), modificando os que se mostraram ineficazes. Por outro lado, também significa, ter um futuro com potencialidades, dependendo dos recursos disponíveis e das estratégias de superação de perdas e fracassos e da resiliência que o indivíduo desenvolveu ao longo da vida (Rabelo & Neri, 2005; Stine-Morrow & Chui, 2012).

O modelo psicológico localiza-se nas antípodas de muitos outros modelos baseados na perspectiva biomédica de estádios de vida muito estanques e delimitados.

O paralelismo entre desenvolvimento e envelhecimento que este modelo apresenta, nega a sucessão determinística entre demências e idade, permitindo encarar as etapas tardias de vida com maior otimismo, onde a deterioração já não era uma condição imperativa mas antes um acontecimento evitável ou adiável. No seguimento deste novo paradigma, surgido na década de 80 (M. Baltes & Baltes, 1993) definem as seguintes sete proposições essenciais para o enquadramento do que denominam de envelhecimento bem-sucedido:

- ✓  Existência de diferenças essenciais entre o envelhecimento normal, o ótimo e o patológico
- ✓  Existência de uma ampla variabilidade interindividual, em nível de ritmo e na direção da mudança ao longo da vida
- ✓  Conceito de plasticidade e reserva latente ao longo de toda a vida
- ✓  Possibilidade de mudanças positivas em idades muito avançadas de vida
- ✓  A tecnologia e a práxis fundamentadas no conhecimento, podem compensar o potencial em declínio

- ✓  O equilíbrio entre ganhos e perdas, que ocorre ao longo da vida, faz-se menos positivo tanto na avaliação subjetiva como nos estereótipos sociais existentes

✓ Existência de escassas diferenças de idade pelo que é necessário que o ‘ego’ da pessoa mantenha a sua plasticidade e capacidade de recuperação. Uma visão mais positiva durante o envelhecimento, depende muito das condições socioculturais que rodeiam o ser humano (A.

J. Ferreira, Stobäus, Goulart, & Mosquera, 2012; Gonçalves et al., 2006).

A Psicologia do Envelhecimento deixou de ser uma psicologia do declínio, com consciência de que o envelhecimento bem-sucedido, que indicavam o rumo da ausência de doenças e do máximo de atividade e envolvimento é uma visão demasiado romântica e que o modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido deve ser baseado em processos de otimização seletiva com compensação: fazer e ser o melhor possível com os recursos de que se dispõe (A. L. Neri, 2006).

### **5.3.1 O modelo de Rowe e Kahn’s**

A definição de envelhecimento bem-sucedido, para Rowe e Kahn refere-se às pessoas que apresentam um baixo risco de doença e incapacidades (estilo de vida saudáveis, dieta adequada, ausência do hábito de fumar e prática de atividades físicas); que estão hábeis na resolução de problemas, cognição, linguagem, que mantêm os contactos sociais e atividades produtivas como por exemplo o voluntariado (Tomasini & Alves, 2007). Este modelo é restritivo, na medida que exclui do processo de pesquisa, a maioria dos idosos. Com efeito Silva, Lima, & Galhardoni (2010) refere que embora os fatores apontados por Rowe e Kahn sejam importantes, esse modelo possui limitações por tratar como secundárias as dimensões socioculturais e coletivas associadas à saúde na velhice e desta forma por poucos idosos se enquadrarem nesse modelo.

### **5.3.2 O modelo de vida útil (Life Span Model)**

O modelo de vida útil estende o discurso sobre o tema em três direções: (a) Ele molda a discussão sobre envelhecimento bem-sucedido no contexto mais amplo de desenvolvimento do curso de vida; (b) é responsável pelo sucesso normativo e não-normativo; e (c) que integra processos motivacionais na teoria do envelhecimento

bem-sucedido. Este é equiparado com o desenvolvimento e manutenção de controle primário ao longo da vida, o que é conseguido através de processos relacionados com o controle que otimizam funções de seleção e de compensação fracasso que servem para manter, aprimorar e corrigir competências e recursos motivacionais após experiências de falha (Schulz & Heckhausen, 1996).

Numa perspectiva life span o desenvolvimento bem-sucedido, é um processo de adaptação do organismo desde a infância até a velhice, por isso ao estudar-se o desenvolvimento a partir da segunda metade da vida, podem-se obter pistas úteis sobre os recursos a utilizar para enfrentar as mudanças naturais que ocorrem no passar dos anos (Schulz & Heckhausen, 1996).

Para cada espécie, há um padrão de desenvolvimento particular. No caso do ser humano, é o potencial genético que determina a capacidade funcional, aliado às limitações sócio estruturais impostas pela sociedade onde vive, que vão dar as possibilidades e os limites, ao longo do curso da vida, mantendo um equilíbrio na distribuição dos esforços pessoais entre as diferentes oportunidades de experiência para que o indivíduo não se perca na busca de suas metas e nem chegue ao final do caminho sem forças para completar sua jornada, uma vez que o declínio natural nas capacidades acabará por ocorrer (M. Neri, 2004).

Geralmente, as pessoas seguem os seus caminhos de acordo com as suas metas pessoais de longo prazo, mas afastam-se desses objetivos quando estes se tornam inatingíveis. No potencial de desenvolvimento de cada indivíduo, há ganhos e perdas e isso é alcançado, pela seleção, busca e adaptação dos seus objetivos e metas em resposta às mudanças e oportunidades ao longo do ciclo vital (Heckhausen, Wrosch, & Schulz, 2010).

Nesta linha de pensamento, para realizar ao máximo o seu potencial, o indivíduo deverá investir recursos de tempo e energia em domínios escolhidos de forma consistente de acordo com as oportunidades e os domínios da vida nos quais deve investir e os que deve abandonar, compensando e enfrentando os limites e desafios que encontra ao longo do curso da vida. Verificando-se este processo, pode-se afirmar que o indivíduo está a ter um desenvolvimento bem-sucedido e poderá manter-se assim até idade avançada. A flexibilidade do comportamento emerge como uma característica crucial para a adaptação em ambientes onde ocorrem mudanças



contínuas (Resende & Neri, 2009).

### **5.3.3 O modelo da otimização seletiva com compensação**

O Modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC), promove todos os estágios do desenvolvimento humano, considerando que os indivíduos são capazes de dirigir as suas vidas de maneira bem-sucedida. Uma vez identificados os domínios de vida onde vale a pena investir, os níveis de competência que devem ser mantidos e os que precisam ser reforçados ou desenvolvidos, observa-se a ocorrência do mecanismo chamado de otimização. As pessoas precisam agir sobre seus objetivos, adquirindo e investindo em meios relevantes para atingir suas metas, com vistas a otimizar o nível de funcionamento e promover o desenvolvimento bem-sucedido. Defende, que o processo natural de envelhecimento, traz consigo perdas associadas, levando a que as pessoas utilizem várias estratégias para lidar com as mudanças físicas, mentais e sociais, relacionadas com esse processo que se inicia, na idade adulta e se estende até os anos finais da vida. A seleção, a otimização e a compensação como meio utilizado para enfrentar as mudanças foram agrupadas em um único modelo teórico: o Modelo de Otimização Seletiva com Compensação, ou SOC, proposto por Baltes e Baltes (1990).

Freire, Resende, & Rabelo, (2012, numa revisão da literatura consideram que na abordagem do envelhecimento bem-sucedido, fica implícito, no modelo SOC, as seguintes considerações:

a) o desenvolvimento é a ação recíproca entre criação e reação ao próprio ambiente; b) ao longo da vida, especialmente na velhice, os recursos internos e externos são limitados; c) o desenvolvimento é multidirecional e multifuncional, englobando tanto crescimento quanto declínio. Este modelo teoriza, dentro da perspectiva life span, acerca da forma como o desenvolvimento humano efetivo emerge, e como as mudanças desenvolvimentais de recursos, contextos e desafios ao longo da vida requerem uma reorganização adaptativa aos meios, metas e resultados (S. A. Freire, Resende, & Rabelo, 2012).

Otimizar as atividades envolve os esforços para ampliar ou enriquecer as reservas pessoais para manter o seu funcionamento. Alcançar um determinado objetivo depende do seu conteúdo, das características pessoais e do contexto sociocultural. O foco da otimização está no aperfeiçoamento e na manutenção de recursos necessários ao

alcance dos resultados que são desejáveis em domínios selecionados de modo a evitar os resultados indesejáveis.

#### **5.3.4 Outros modelos**

Na busca de explicações para o fenómeno do envelhecimento, vários autores apresentam o seu conceito de envelhecimento bem-sucedido, enunciamos os conceitos e indicadores, o modelo psicológico, o modelo de Rowe e Kahn, o modelo de vida útil (life span model) e o modelo da otimização seletiva com compensação, contudo as tentativas de explicação tem produzido mais modelos como é o caso do modelo biomédico que considera os diagnósticos de doenças crónicas, a manutenção das atividades de vida diária, a ausência de morbilidade psiquiátrica e o ajustamento social como indicadores de envelhecimento bem-sucedido. O modelo de funcionamento social: envolve, além das atividades anteriormente referidas, a quantidade dos contactos sociais e o apoio social recebido. O modelo de recursos psicológicos: acrescenta aos anteriores, a auto-eficácia, o otimismo, sentir-se útil, enfrentar os problemas superando as dificuldades, autoavaliação, autoconfiança e autovalorização. O modelo programado: amplia o conceito já que envolve os anteriores e acrescenta a capacidade financeira, a residência em espaços sem problemas de violência e vandalismo, ambiente para caminhadas e sentimento de segurança a qualquer hora (Rosa, 2007).

Na busca de explicações para o fenómeno do envelhecimento, vários autores apresentam o seu conceito de envelhecimento bem-sucedido, enunciamos os conceitos e indicadores, o modelo psicológico, o modelo de Rowe e Kahn, o modelo de vida útil (life span model) e o modelo da otimização seletiva com compensação, contudo as tentativas de explicação tem produzido mais modelos como é o caso do modelo biomédico que considera os diagnósticos de doenças crónicas, a manutenção das atividades de vida diária, a ausência de morbilidade psiquiátrica e o ajustamento social como indicadores de envelhecimento bem-sucedido. O modelo de funcionamento social: envolve, além das atividades anteriormente referidas, a quantidade dos contactos sociais e o apoio social recebido. O modelo de recursos psicológicos: acrescenta aos anteriores, a auto-eficácia, o otimismo, sentir-se útil, enfrentar os problemas superando as dificuldades, autoavaliação, autoconfiança e auto

valorização. O modelo programado: amplia o conceito já que envolve os anteriores e acrescenta a capacidade financeira, a residência em espaços sem problemas de violência e vandalismo, ambiente para caminhadas e sentimento de segurança a qualquer hora (Rosa, 2007).

## **PARTE II - MARCO EMPÍRICO**

## **CAPÍTULO I:METODOLOGIA**

## **1. Objetivos**

O objetivo principal deste trabalho é identificar quais são os preditores da felicidade na idade avançada. Para o nosso estudo utilizamos diferentes escalões etários de idosos (utilizamos o corte usado no European Social Survey que categoriza dois agrupamentos: “os velhos jovens” 60 a 74 e “velhos velhos” mais de 75 anos e o proposto por Renaud Santerre que apresenta “três velhices”: os “jovens” velhos dos 65 aos 75 anos, os médios” velhos dos 75 aos 85 anos e os “velhos” velhos com mais de 65.

Na sequência desta questão elegemos alguns objetivos específicos a serem

explorados: 1.- Recolher informação sobre a felicidade e os seus preditores;

2.- Sintetizar numericamente as variáveis em estudo;

3.- Descrever de forma bivariada o “relacionamento” da variável Felicidade com as variáveis no estudo;

4.- Analisar a influência de um conjunto de variáveis (sociodemográficas, relacionais, emoções positivas, crenças religiosas, princípios e valores pessoais e variáveis clínicas) na contribuição da felicidade das pessoas idosas.

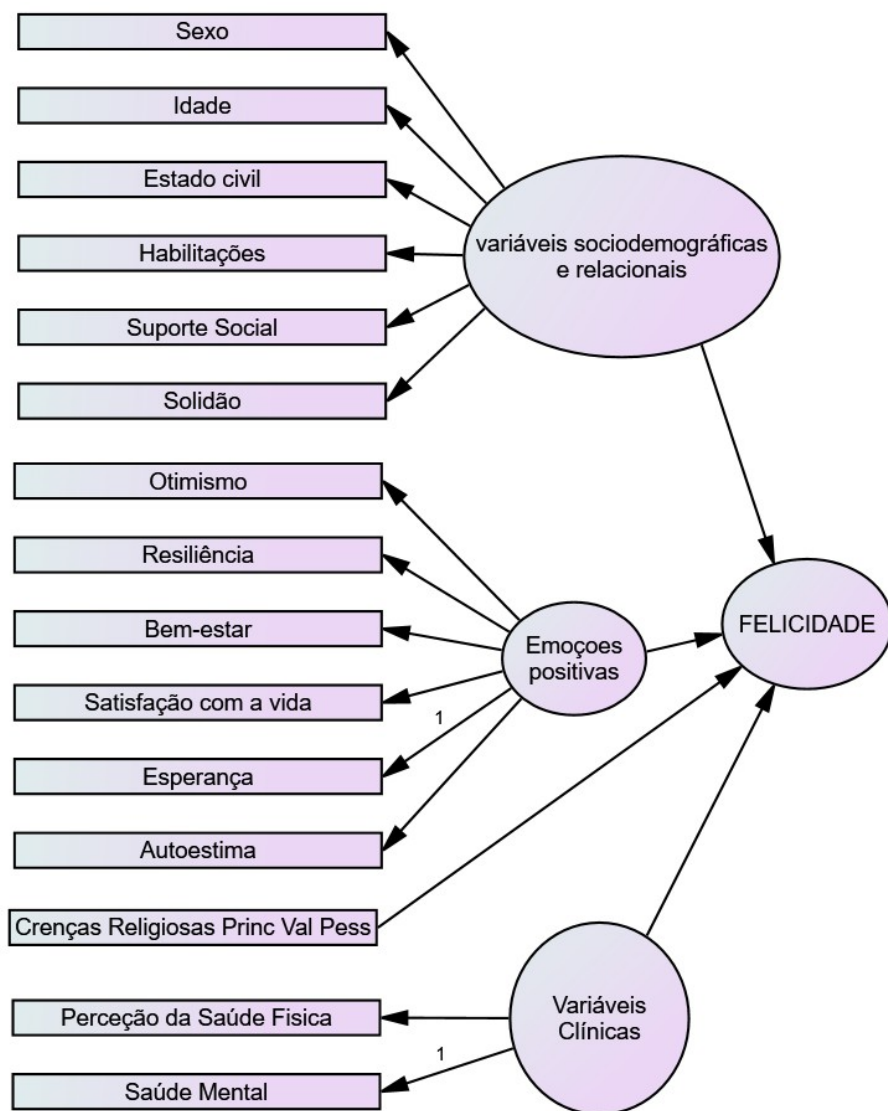


Figura 1: Modelo Analítico do Estudo

## 2. Desenho da Investigação

Para a concretização dos objetivos propostos, neste estudo, adotou-se uma metodologia quantitativa, descritiva, correlacional e transversal.

A escolha da metodologia deveu-se ao interesse em realizar uma análise de dados numéricos, obtidos a partir da recolha efetuada na amostra da população, tendo por base a versão abreviada da WHOQOL-SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs).

O tratamento dos dados resultantes da WHOQOL-SRPB impõem uma metodologia quantitativa na qual foi utilizado, como principal técnica instrumental, o

programa IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Trata-se ainda, de um estudo descritivo-correlacional visando explorar as relações entre as variáveis que compõem as hipóteses deste estudo e no caso de as encontrar descrever as mesmas. Este estudo é transversal, uma vez que, pretende medir um acontecimento num grupo representativo da população em estudo, num único momento.

### **3. Hipóteses de Trabalho**

A partir das variáveis apresentadas no modelo analítico, surge a formulação de um conjunto de preposições, em forma de hipóteses. As hipóteses que nos orientam preveem diferenças significativas quando comparamos propriedades de alguns subgrupos da amostra e grupos de variáveis a estudar como fatores, e passam também, por preverem associações de diferenças entre as variáveis do modelo analítico. As hipóteses serão testadas através de uma análise bivariada e podemos elencá-las da seguinte forma:

H1- A Perceção da Felicidade varia em função das características sociodemográficas e relacionais;

H2- Existe relação positiva entre a perceção da felicidade e as variáveis clínicas;

H3- Existe relação positiva entre a perceção da felicidade e os sentimentos positivos;

H4- Existe relação entre a perceção da felicidade e as crenças religiosas e principais valores pessoais (WHOQOL);

H5- Existe correlação significativa entre a perceção da felicidade e as emoções positivas otimismo, resiliência, bem-estar, satisfação com a vida, esperança e autoestima.

### **4. Amostra**

A amostra deste estudo é constituída por 387 participantes com idades compreendidas entre os 55 e os 96 anos que frequentam respostas sociais: centro de dia, centro de convívio, universidade sénior e comunidade. A recolha da amostra foi efetuada no distrito de Leiria.

Previamente à recolha da amostra foi estabelecido como requisito para a participação neste estudo, exclusão de participante (s) com demência.



## 5. Indicadores e variáveis

Neste ponto procuramos descrever de uma forma mais detalhada as variáveis em presença no estudo empírico. Primeiramente, as que caracterizam variáveis sociodemográficas e relacionais (sexo, idade, estado civil, escolaridade, educação, rendimentos, suporte social, solidão); as variáveis que avaliam emoções positivas nomeadamente o otimismo, a resiliência, o bem-estar, a satisfação com a vida, a esperança e o autoestima; as crenças religiosas, princípios e valores pessoais e variáveis clínicas (perceção da saúde física e saúde mental).

## 6. Instrumentos

A pesquisa bibliográfica realizada revelou a existência de diversos instrumentos, que permitem avaliar as variáveis por nós consideradas relevantes para a nossa investigação. Informados sobre as características psicométricas, sua validação para a população portuguesa, elegemos os instrumentos de avaliação que passamos a descrever. Optamos por descrever instrumentos adequados à população portuguesa já testados e validados para a população portuguesa, como o objetivo de comparar dados (Torrens, 2008). (Anexo I)

- Para conhecer a população em estudo elaboramos um Questionário Sociodemográfico que permitisse caracterizar a referida população;
- Para avaliar a Felicidade utilizamos a Escala de Felicidade Subjetiva (EFS) validada por Pais Ribeiro (2012).
- Para avaliar a perceção da saúde, sentimentos positivos e crenças religiosas e valores pessoais elegemos a WHOQOL validada por Vaz-Serra e Canavarro (2006).
- Para avaliar a satisfação com a vida elegemos a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) validada por Simões (1992).
- Para avaliar o otimismo preferimos o Teste de Orientação de Vida-Revisto (LOT-R) validado por Laranjeira (2008).
- Para avaliar o *coping* elegemos a Escala Breve de Coping Resiliente validada por Pais-Ribeiro Morais (2010).
- Para avaliar a auto-estima preferimos a Escala Auto-estima de Rosenberg (RSA) validada por Santos e Maia (2003).

-Para avaliar a saúde mental escolhemos a Escala Mental Health Inventory (MHI-5) validada por Pais-Ribeiro (2001).

-Para avaliar os sentimentos positivos e negativos elegemos a Escala PANAS validada por Galinha e Pais-Ribeiro (2005).

- Para avaliar a iniciativa e os caminhos preferimos a Escala Esperança para adultos (Escala de Futuro) validada por Pais Ribeiro, Pedro e Marques (2006).

## 6. 1. Análise psicométrica dos instrumentos

### Questionário Sociodemográfico

Visando um amplo estudo das pessoas que integram a população em análise aspiramos fazer a sua caracterização a partir de um questionário sociodemográfico constituído pelas seguintes variáveis: idade, sexo, situação conjugal, habilitações literárias, classe social, as restantes questões avaliam os recursos sociais e percepções dos inquiridos quer a nível do apoio familiar quer a nível da saúde.

### Escala de Felicidade Subjetiva

A Escala de Felicidade Subjetiva é constituída por uma escala de 4 itens, utilizando a escala do tipo Likert que vai de 1 a 7, em que o número 1 é um estado de felicidade reduzido e o número 7 é um estado de felicidade mais elevado, sendo o último item invertido. A versão Portuguesa com objetivos transculturais exhibe boas propriedades psicométricas sendo uma boa medida, com propriedades idênticas à versão original (Pais- Ribeiro; 2012). Lyubomirsky, (2001) *“afirma que a capacidade que algumas pessoas têm para ser felizes, mesmo perante circunstâncias adversas, é impressionante, embora não seja claro quais são os fatores naturais ou educacionais que explicam essa capacidade. A sua investigação tende a salientar as diferenças quanto às estratégias motivacionais, julgamentos e cognitivas que são utilizadas”*. Apesar de esta escala ser bastante breve, cumpre e excede os critérios mínimos psicométricos para a precisão da medição. A consistência interna foi testada através da confiabilidade do *alfa* de Cronbach. Os quatro itens que constituem a escala mostraram uma boa consistência interna. Tendo o *alfa* variado entre 0,79 a 0,94 (M=0,86) (Lyubomirsky, S. & Lepper, H.; 1999). No presente estudo também se verificaram boas propriedades psicométricas, sendo o *alfa* Cronbach de 0.66

comprovando a viabilidade da sua utilização no estudo.

### **WHOQOL-BREF**

O instrumento World Health Organization Quality of Life, destina-se a avaliar a qualidade de vida (QDV), foi desenvolvido em coerência com a definição assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Trata-se de uma definição que resulta de um consenso internacional, que representa uma perspectiva transcultural e multidimensional, que completa a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (WHOQOL Group, 1993,1994,1995,1998).

O desenvolvimento da WHOQOL partiu de três pressupostos: (1) a essência abrangente do conceito de qualidade de vida; (2) que uma medida quantitativa, fiável e válida pode ser construída e aplicada a várias populações; (3) qualquer fator que afete a Qdv influencia um largo espectro de componentes incorporados no instrumento, este serve para avaliar o efeito de intervenções de saúde específicas na qualidade de vida (WHOQOL Group, 1993).

O primeiro instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido pelo WHOQOL Group foi o WHOQOL-100. Trata-se de uma medida genérica que assenta nos seguintes seis domínios: Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais; Ambiente e Espiritualidade. Cada domínio é composto por 24 facetas específicas que sumarizam o domínio particular que se inserem. Adicionalmente, o instrumento contempla uma faceta geral que avalia a satisfação global com a Qdv e a percepção da saúde, cada faceta é avaliada através de quatro perguntas.

A versão abreviada do WHOQOL é composta por 26 itens e está organizada em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, inclui ainda uma faceta sobre Qdv geral. Cada faceta é avaliada através de uma pergunta, relativo a um item, exceto a faceta da qualidade de vida em geral, que é avaliada através de dois itens, um que corresponde à qualidade de vida em geral e outro à percepção geral da saúde.

**WHOQOL- (Domínio Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais, OMS, coordenadores portugueses, Vaz-Serra, A. & Canavarro, C., 2006).**

O domínio apresenta 4 questões (1. as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido à sua vida? 2. em que medida sente que a sua vida tem sentido? 3. em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais lhe dão força para enfrentar as dificuldades? 4. em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais o/a ajudam a compreender as dificuldades da sua vida?) numa escala de 5 pontos que vai de 1 ponto (nada) a 5 pontos (muitíssimo). Todas as questões estão parafraseadas na mesma direção conceptual.No estudo da validação da escala o *alfa* de *Cronbach* no conjunto dos domínios 0.79 e nos domínios individuais: Físico 0.87, Psicológico 0.84, Relações Sociais 0.64 e Ambiente 0.78 quando consideradas as 26 perguntas que compõe o instrumento o *alfa* de *Cronbach* é de 0.92.No nosso estudo, obtivemos um *alfa* de *Cronbach* para o domínio percepção da saúde e sentimentos positivos de 0.46, e no domínio crenças religiosas um *alfa* de *Cronbach* é de 0.87.

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

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o bem-estar subjetivo é a Escala de satisfação com a vida, elaborada por Diener et al. (1985) com o objetivo de avaliar o juízo subjetivo que os indivíduos fazem sobre a qualidade das suas próprias vidas e, posteriormente, objeto de uma revisão realizada por Pavot e Diener (1993).

A SWLS na sua versão original é constituída por 5 itens formulados no sentido positivo com uma escala de resposta tipo Likert de 7 pontos, pelo que a pontuação pode variar entre 5 a 35 pontos, sendo que a pontuação 20 representa o ponto médio.

A SWLS foi adaptada para a população portuguesa, primeiro por Neto e colaboradores (1990), e depois por Simões (1992), a SWLS revelou boas qualidades psicométricas e uma estrutura unifatorial que é possível reconhecer como uma dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo (Simões et al., 2001).

Simões (1992) validou a escala numa amostra constituída por 74 estudantes da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra e por 130 adultos de idades e profissões diferentes. Os aspetos da tradução foram melhorados por forma a facilitar a compreensão do conteúdo a pessoas de níveis académicos inferiores, reduzindo a amplitude da escala de resposta para 5 pontos.

A SWLS tem mostrado uma forte consistência interna e uma moderada estabilidade temporal (Pavot e Diener, 1993). Diener e colaboradores (1985) referem um coeficiente *alfa* de *Cronbach* é 0.87 e no teste-reteste, após dois meses, um coeficiente de estabilidade de 0.82.

Diener e colaboradores (1985) e Pavot e Diener (1993) encontraram uma estrutura unifactorial na SWLS explicativa de 66% da variância da escala, este resultado é replicativo em vários estudos (Arrindell, Meeuwesen & Huyse, 1991); Pavot et al., 1991). Estes revelaram igualmente que o último item é o mais fraco em termos de convergência com os restantes.

A validade de constructo do instrumento é visível pelas correlações positivas e significativas que o mesmo apresenta com os outros instrumentos de avaliação do bem-estar e da satisfação com a vida, apresentando uma convergência adequada com as referidas medidas, incluindo medidas utilizadas em diferentes abordagens metodológicas (Diener et al., 1985); Pavot et al., 1991). Mostrou estar negativamente relacionado com a depressão, com o afeto negativo, a ansiedade e ou neuroticismo (Diener et al., 1985); Larsen & Emmons, 1985; Blaise et al., 1989; Pavot & Diener, 1993).

De acordo com, Pavot e Diener (1993) a escala da satisfação com a vida tem boa consistência interna apresentando o coeficiente *alfa* de *Cronbach* de 0.85. No presente estudo o coeficiente *alfa* de *Cronbach* foi igual ao resultado reportado na escala original 0.85.

### **Revised Life Orientation Test- (LOT-R)**

O Revised Life Orientation Test – LOT-R foi desenvolvido por (Scheier, Carver & Bridges, 1994), foi validado para a População Portuguesa por Laranjeira (2008), é constituído por 10 itens, dos quais 6 itens são indicadores de otimismo (itens 1, 3, 4, 7, 9 e 10), três vão numa direção positiva e três numa negativa. Os itens 3, 7 e 9 são reversos e quatro itens (2, 5, 6 e 8) não são cotados na versão revista, funcionando como distratores. É uma escala de tipo Likert em que os indivíduos são convidados a manifestar a extensão do acordo com as questões a partir de 5 posições (0=discordo bastante; 1=discordo; 2=neutro; 3=concordo e 4=concordo bastante).

No estudo da validação e tradução para a população portuguesa o valor do *alfa* de *Cronbach* revelado atesta a confiabilidade da escala e é comparável ao encontrado pelos autores originais, cujos valores respectivos foram 0.71 e 0.78. No presente estudo o *alfa* de *Cronbach* é de 0.63.

### **Brief Resiliente Coping Scale (BRCS)**

Este instrumento foi desenvolvido por Sinclair e Wallston (2004) que em português se designa escala Breve de Coping Resiliente.

A escala foi adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro & Morais (2010). Inicialmente esta escala incluía nove itens, dos quais apenas foram selecionados quatro que, segundo os autores, operacionalizam o constructo de *coping* resiliente. Neste instrumento emerge o otimismo, a perseverança, a criatividade e o crescimento positivo face às adversidades.

Os itens descrevem um padrão ativo de resolução de problemas que reflete o padrão de *coping* resiliente. É uma escala de auto-resposta, unidimensional, é constituída por quatro itens que visam perceber a capacidade para lidar com o *stress* de uma forma adaptativa. A resposta a cada item é dada numa escala ordinal, em formato de Likert, de cinco posições: (1) Quase nunca, (2) Ocasionalmente; (3) Muitas vezes, (4) Com muita frequência e (5) Quase sempre. Não existem itens com cotação invertida.

No estudo da validação para a população portuguesa o *alfa* de *Cronbach* foi de 0.53 valor que é baixo segundo os padrões psicométricos tradicionais que consideram valores abaixo de 0.70 como inadequados. No presente estudo, o *alfa* de *Cronbach* foi 0.79.

### **Escala de Rosenberg (RSA)**

A Escala de Auto-estima de Rosenberg (1965) foi originalmente desenvolvida por Morris Rosenberg (1965), para avaliar a auto-estima global, Rosenberg (1965) “definiu auto-estima como “(...) uma atitude positiva e negativa relativamente a um objeto particular a saber, o self (pp.31). Uma auto-estima elevada, indica que o individuo se valoriza e se respeita a si próprio. Uma baixa auto-estima, revela que o individuo se desvaloriza não tendo respeito por si próprio”.

A versão adaptada para a população portuguesa de Santos e Maia (2003). Trata-se de uma escala com ampla divulgação na pesquisa de Ciências Sociais. Este instrumento tem como principal objetivo avaliar a autoestima de forma breve, global e unidimensional. A autoestima é entendida como uma autoaceitação, como uma sensação básica de mérito pessoal, de respeito por si próprio, uma atitude positiva ou negativa relativamente ao *self*. É aplicável à população portuguesa de qualquer idade.

Este instrumento é constituído por 10 itens, apresentado por afirmações em que as respostas são dadas numa escala ordinal de concordância com quatro posições, entre o concordo fortemente a discordo fortemente. Cinco dos itens são formulados na positiva e cinco na negativa. A versão portuguesa avalia uma única dimensão e a nota total varia entre dez e quarenta. Itens invertidos: b; e; f; h; i.

Os resultados obtidos na validação da escala mediante o coeficiente *alfa* de *Cronbach* foram semelhantes aos observados em outras investigações como, por exemplo, aqueles realizados no Chile e no Brasil (Avanci e cols., 2007; Hutz, 2000; Rojas-Barahona e cols., 2009), sendo um pouco inferiores aos valores encontrados em outros países, os quais giraram em torno de 0,75 (Schmitt & Allik, 2005). No presente estudo, o *alfa* de *Cronbach* foi de 0.82.

### **Mental Health Inventory-5 (MHI-5)**

O Mental Health Inventory é um questionário de autoresposta, desenvolvido para a investigação epidemiológica, que avalia a saúde mental incluindo as dimensões positivas e negativas. O MHI-5 avalia a ansiedade, a depressão, a perda de controlo emocional/comportamental e bem-estar psicológico, com a utilização já efetivada com populações dependentes de drogas (Cotralha, 2007; Nyamathi, Greengold, & al., 2010). Apresenta 5 itens agrupados em duas dimensões, distress e bem-estar) sendo os sujeitos convidados a assinalar o seu estado numa escala de Likert de 5 pontos.

A definição de saúde mental considerada no MHI inclui a presença de características de bem-estar psicológico, tais como bem-estar, alegria, prazer de viver, felicidade, e a ausência de sintomas de distress psicológico, como a ansiedade e a depressão (Veit & Ware, 1983 in Ribeiro, 2001). Este instrumento foi validado para a população portuguesa por (Ribeiro, 2001), designando-se por Inventário de Saúde

Mental.

Com base no inventário MHI desenvolveu-se uma versão reduzida de cinco itens, MHI-5, sendo esta a escala utilizada na presente investigação. O MHI-5 apresenta os mesmos resultados psicométricos que a versão longa e na adaptação portuguesa verifica-se uma correlação de  $r=0.95$  entre o MHI-5 e a versão de 38 itens (Ribeiro, 2001).

Inúmeras investigações têm mostrado que o MHI-5 é um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental (Ribeiro, 2001), tanto utilizado isoladamente (Pereira, Lalanda, Antunes, Moura & Chendo, 2008), em conjunto com outras escalas (Fleck, Lima, Louzada et al, 2002).

Os resultados mostraram que a consistência interna se situa predominantemente na casa do *Alfa* de 0,80, e que as correlações com as medidas de comparação exibem associação estatisticamente significativa no sentido esperado. O MHI-5 exprime os mesmos resultados que a versão longa e tem uma correlação de  $r=0,95$ . O estudo mostra que a versão Portuguesa exhibe características idênticas à versão original e que versão de cinco itens é um bom substituto para ser utilizado em investigação e em rastreio. No presente estudo o *alfa* de *Cronbach* é de 0.84.

### **Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)**

A PANAS, escala de Afetivo Positivo e Afetivo Negativo, é um instrumento utilizado para medir a vertente afetiva do bem-estar subjetivo (PA- Afetividade Positiva, NA-Afetividade Negativa). Foi desenvolvida por Watson, Clark & Tellegen (1988) surgiu como resultado de diversas investigações que se preocuparam com a identificação das dimensões do afeto e com o esclarecimento da sua natureza.

A escala original é constituída por 20 termos descritores da afetividade sentida pelo sujeito, 10 dos quais se integram no domínio do afetivo positivo e 10 no afetivo negativo. Escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, o participante deve assinalar a extensão em que experienciou cada um dos estados de espírito num determinado período de tempo (hoje, na última semana, no último mês).

A PANAS apresenta uma boa consistência interna, com valores que se situam entre 0.86 e 0.90 para a subescala afeto positivo (valores entre 0.84 e 0.87 na subescala afeto negativo (NA). A versão portuguesa da PANAS (Simões, 1993) inclui dez



itens para avaliar o afeto positivo e dez itens para avaliar o afeto negativo, tendo um item a mais em cada componente comparada com a escala original. Simões (1993) verificou um *alfa* de *Cronbach* de 0,82 para a subescala do afeto positivo e 0,85 para a subescala de afeto negativo. No presente estudo o *alfa* de *Cronbach* para a subescala afeto positivo é de 0.84 e para a subescala afeto negativo 0.85.

### **Escala da Esperança para adultos (Escala de Futuro)**

Este instrumento foi desenvolvido por (Snyder et al., 1991) traduzido e adaptado para população portuguesa por Pais Ribeiro, Pedro e Marques, (2006). Segundo os autores a escala “esperança” é como um bloco cognitivo baseado na sensação de determinação triunfante para a ação, em conjunto com a planificação de maneiras de alcançar os objetivos. Identificaram dois fatores que se juntam para formar a esperança; “Iniciativa” (Agency) – sensação de determinação triunfante (ou ganhadora) sobre a consecução de objetivos pessoais, no passado, presente e futuro. Este componente da esperança é o combustível do segundo componente; “Caminhos” (Pathways), sensação de que é capaz de gerir planos bem-sucedidos para alcançar os objetivos.

Esta Escala é composta por 12 itens, onde quatro não são distractores itens (3,5,7 e 11) quatro medem o fator caminhos itens (1,4,6 e 8) e quatro medem o fator iniciativa itens (2,9,10 e 12), estes são respondidos numa escala tipo Likert de 8 pontos. Quatro dos quais avaliam a “iniciativa”, ou seja, a determinação geral da pessoa em relação à prossecução dos seus objetivos (passado, presente e futuro), os outros quatro avaliam os “caminhos”, ou seja, a confiança da pessoa na sua capacidade de gerar meios para alcançar os objetivos e obstáculos que possam surgir.

No estudo psicométrico e estrutural da escala de esperança (Pais Ribeiro & Marques, S, 2006) a consistência interna mostra valores de *alfa* de *Cronbach* de 0,76 para “iniciativa” e de 0,79 para “caminhos” enquanto para a escala global apresenta valores de 0,86. Na versão original e para as diferentes amostras os autores encontraram valores entre 0,74 e 0,84 para a escala total, entre 0,71 e 0,76 para a subescala “iniciativa”, entre 0,63 e 0,80 para “caminhos”. No presente estudo, os valores mostram o *alfa* de *Cronbach* para “iniciativa” 0.81 e para caminhos 0.58. Para a escala global apresenta um *alfa* de *Cronbach* de 0,79.

## **7. Procedimentos formais e éticos da recolha de dados**

Para a concretização deste estudo, contactámos as instituições com o objetivo de esclarecer o âmbito da nossa investigação, pedindo igualmente autorização para a recolha dos dados nas respetivas instituições.

Para a utilização dos instrumentos selecionados para o estudo, contactámos todos os responsáveis pela validação das escalas, via correio eletrónico, pedindo autorização, para a sua utilização, tendo-nos a mesma sido concedida.

Face às respostas positivas dos mesmos, iniciamos o processo de recolha de dados. Tratando-se de indivíduos com baixo nível de instrução e idade avançada, tornou-se necessário individualizar o processo de recolha de dados.

Seguidamente, deslocamos-nos às instituições e convidamos os idosos a participarem, explicando-lhes a necessidade e importância do estudo, assim como garantindo o anonimato e confidencialidade. Após o consentimento livre e esclarecido, a entrevista foi feita imediatamente ou agendada na residência atual do idoso, tendo cada questionário uma duração média de 30 minutos. A aplicação dos questionários foi feita individualmente, sendo todos os itens lidos em voz alta pela investigadora (anexo I).

Neste estudo, respeitamos os princípios relativos ao direito da auto-determinação, direito à intimidade e direito à proteção contra o desconforto.

De um modo geral, a reação dos nossos participantes foi positiva, manifestando satisfação em participar no estudo.

## **8. Tratamento estatístico dos dados**

Este é o momento que diz respeito ao processo que se inicia na recolha de dados e termina na sua análise e interpretação dos resultados obtidos.

Após a recolha dos dados, esses foram organizados em ficheiros Excel.

Para sistematizar a informação recolhida, recorreremos à estatística descritiva para organizar a informação numérica de modo a obter um quadro geral das nossas variáveis. Para o efeito, procedeu-se ao cálculo das frequências absolutas (N) e percentuais (%), medidas de dispersão (Desvios de padrão - DP) e medidas de tendência central (Médias).

Para verificar a consistência interna da amostra, utilizou-se o coeficiente *Alfa* de *Cronbach*.

Todo o tratamento estatístico foi efetuado informaticamente através do programa IBM SPSS (versão 23).

## **CAPÍTULO II -APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS E ANÁLISE DE RESULTADOS**

## 1. ESTUDO I - Recursos sociais e de saúde de idosos que frequentam as respostas sociais centro de dia, centro de convívio, universidade sénior e comunidade no distrito de Leiria.

O objetivo principal deste estudo (estudo 1) é descrever as características dos recursos sociais e de saúde de idosos que frequentam as respostas sociais centro de dia, centro de convívio, universidade sénior e comunidade no distrito de Leiria

Foram envolvidos nesta pesquisa indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos, que frequentam respostas sociais: centro de dia, centro de convívio, universidade sénior e comunidade. A recolha da amostra foi efetuada no distrito de Leiria com 470.895 habitantes, e com aproximadamente 20% da população composta por idosos (97.366 sujeitos).

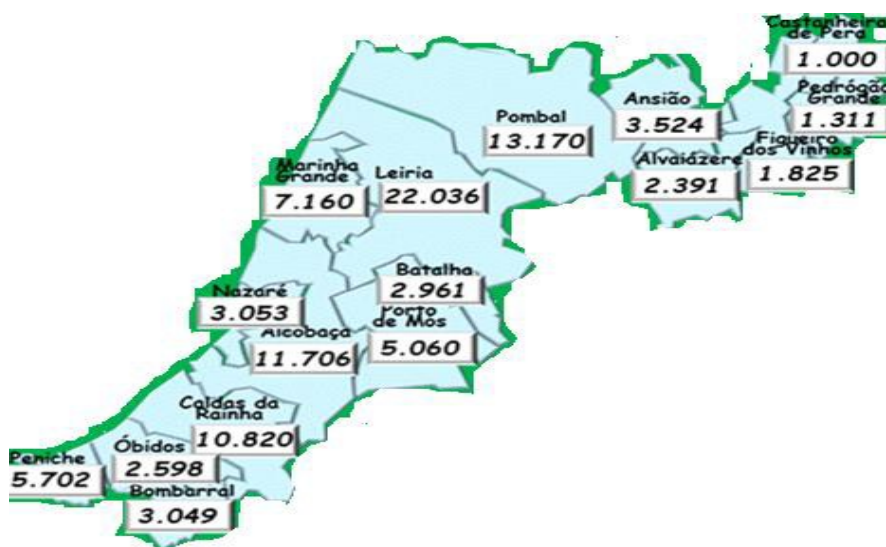


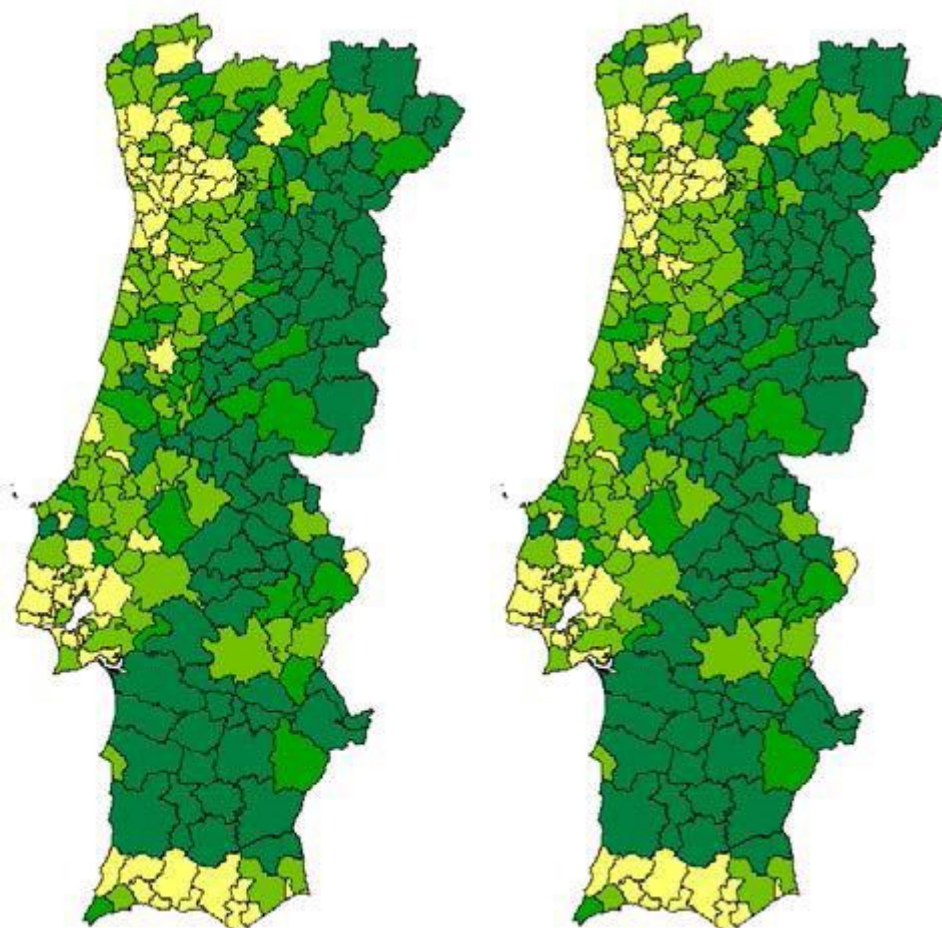
Figura 2: As respostas sociais existentes no concelho de Leiria restringem-se apenas à existência de Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), Lar, Centro de Dia e Centro de Convívio

Tabela 1: Taxa de cobertura de equipamento de apoio à população idosa em 2014

**Distribuição territorial da taxa de cobertura das respostas Centro de Dia,  
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Serviço de Apoio  
Domiciliário**

A 2014(a)

B 2030(a)



<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#006400;"></span>	>= 20,0 %	(90)
<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#008000;"></span>	16,9 % a 19,9 %	(18)
<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#90EE90;"></span>	11,2 % a 16,8 %	(69)
<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#FFFF00;"></span>	5,7 % a 11,1 %	(74)
<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#FFD700;"></span>	Até 5,6 %	(27)

<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#006400;"></span>	>= 20,0 %	(92)
<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#008000;"></span>	16,9 % a 19,9 %	(39)
<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#90EE90;"></span>	11,2 % a 16,8 %	(81)
<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#FFFF00;"></span>	5,7 % a 11,1 %	(64)
<span style="display:inline-block; width:10px; height:10px; background-color:#FFD700;"></span>	Até 5,6 %	(2)

Taxa de cobertura média em A 2014(a) = 13,1 %

Taxa de cobertura média em B 2030(a) = 10,2 %.

Taxa de cobertura futura das respostas: Centro de Dia, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Serviço de Apoio Domiciliário, por concelho.

Fonte: INE, Estimativas da População Residente 2014; INE, Projeções da População Residente para 2030; GEP - MSESS, Carta Social.

Com a finalidade de manter a representatividade o tamanho da amostra foi calculado estatisticamente. A amostra é representativa da população, apresentando um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

A amostra total foi constituída por 387 idosos. Não foram incluídos os idosos que apresentaram algum tipo de demência.

O perfil demográfico foi investigado com recurso a um Questionário Sociodemográfico, construído especificamente para este estudo e que continha questões sobre a idade, o sexo, a situação conjugal, as habilitações literárias, a classe social, os recursos sociais e perceções dos inquiridos quer a nível do apoio familiar quer a nível da saúde. Para além dos dados sociodemográficos, este estudo descreve os resultados da aplicação de vários instrumentos de avaliação: WHOQOL-SRPB, Escala de avaliação da perceção da saúde, sentimentos positivos, crenças religiTabela 1 valores pessoais, Escala de Satisfação com a Vida, Escala de Orientação para a Vida, Escala Breve de Coping Resiliente, Escala de Autoestima de Rosenberg, Lista de Afetos Positivos e Negativos, Escala de Esperança e Inventário de Saúde Mental.

Face à dimensão da amostra presume-se que a distribuição dos resultados é normal e considerando o tipo de escalas de respostas, a aplicação de testes paramétricos seria adequada.

A idade média da amostra foi de 76,67 (DP=8,6) e mediana igual a 78 anos. No que se refere ao género, foi expressivo o número de mulheres na amostra, com 74,9% (n=290) contra 25,1% de homens (n=97).

## **Aspetos sociais**

### **Família e amigos**

Quando investigados sobre a situação civil, 34,1% (n=132 idosos) relataram ser casados. Dos que não apresentavam vínculo conjugal 51,4% (n=199) eram viúvos, 7,8% idosos eram divorciados ou separados (30) e 6,7% (26) dos indivíduos nunca se casaram. Em relação à estrutura familiar, observou-se que 39,5 % dos idosos (n=153)

residem sós e 29,7% (n=115) com o cônjuge. Da amostra total, 23 % (n=89) residem com pelo menos um dos seus filhos, 5,4 % (n= 21) moram com netos e 7,2 % (n= 28) dividem o lar com outras pessoas.

Os resultados sobre a perceção do apoio familiar recebido, demonstraram que 144 idosos (37,2 %) referem que veem os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostariam enquanto 92,2% (n= 359) relataram que têm alguém em quem podem confiar 72,8% (n=278) referem que sempre que necessário (tanto tempo quanto necessário) há alguém de família que possa cuidar deles 8,4% (n=32) há algum familiar que possa cuidar deles mas por pouco tempo (de poucas semanas a seis meses) e 18,8% (n=72) assinalam que às vezes há alguém que possa cuidar deles (levar ao médico, preparar uma refeição, etc.) embora apenas dois idosos tenham assinalado que, sem ser família, tem alguém com remuneração ou alojamento para cuidar deles.

Os familiares mais citados, como cuidadores, são os filhos com 71,20% (n=272) das respostas e os netos com 15,45% (n=59). Os outros parentes só foram referidos por 7.59% (n=29) dos inquiridos.

## **Escolaridade**

Da amostra total 28,2% (n=109) não sabe ler nem escrever e 17,8% (n=69) Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino. O nível educacional predominante foi a 4.<sup>a</sup> classe (1.º ciclo do ensino básico) com 36,2% (n=140), sendo que 1% (n=4) conseguiu terminar o ensino preparatório (2.º ciclo do ensino básico), 4,4% (n=17) finalizou o 9.º ano (3.º ciclo do ensino básico), 3,9% (n=15) tem o 12.º ano (ensino secundário) 3,4% (n=15) fez um Curso médio e 5,2% (n=20), apresentaram-se como detentores de um curso superior completo.

## **Classe social**

Sobre a auto classificação social 30,9% (n=118) consideram que pertencem à classe baixa, 33,5% (n=128) inclui-se na classe média baixa, 33,8% (n=129), referem pertencer à classe média e 1,8% (n=7) apresentaram-se como classe média alta.



### **Auto-percepção da saúde**

A auto-percepção da saúde foi averiguada perguntando-se como avalia a sua saúde e se considera que é uma pessoa ativa. Da amostra total, 1,3% (n=5) disseram que seria muito boa, enquanto 12,5% (n=48) declararam ser boa, 223 idosos (58,2%) declararam que a consideravam razoável, 23,2% (n=89) disseram que seria má, enquanto 4,7% (n=18) declararam ser muito má.

No que diz respeito ao estilo de vida 7,8% (n=30) declararam ter uma vida nada ativa, 35% (n=134) idosos consideraram-se pouco ativos, 43,3% (n=166) disseram que seriam ativos, enquanto 11,5% (n=44) declararam ter um estilo de vida muito ativo.

### **WHOQOL-SRPB**

O World Health Organization Quality of Life – WHOQOL avalia a qualidade de vida tendo em consideração a definição da Organização Mundial de Saúde.

A versão utilizada foi o WHOQOL-SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs), que avalia a forma como a espiritualidade, religião e crenças pessoais estão relacionadas com a qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde. A Tabela 2 apresenta os dados da estatística descritiva do WHOQOL-SRPB, respondido por 383 participantes dos quais 74,7% (n = 286) são do sexo feminino. Face à escala de respostas o ponto médio é 3, pelo que a distribuição das respostas possui uma ligeira assimetria negativa (M = 3,70, DP = 0,84). Verifica-se, no entanto, que nas participantes do sexo feminino a assimetria é um pouco mais negativa (M = 3,77, DP = 0,76) do que nos do sexo masculino (M = 3,48, DP = 1,00). No que se refere à amplitude de respostas constatamos que, embora no total dos participantes, varie entre 1 e 5 (toda a escala de respostas foi utilizada) algumas participantes do sexo feminino não selecionaram o ponto mais baixo da escala, pois o valor médio mínimo é superior a 1. O sexo feminino apresenta menos respostas no nível inferior da escala, indiciando uma percepção de qualidade de vida superior. Em termos de variabilidade, sabemos que é maior nos homens (DP = 1,00) do que nas mulheres (DP = 0,76).

Em síntese, e considerando estas medidas de tendência central e de variabilidade, poderemos afirmar que as pessoas que responderam ao WHOQOL-SRPB

apresentam índices positivos de qualidade de vida, sendo superiores nas mulheres. Mais ainda, o facto de a variabilidade ser menor nas mulheres, indica-nos que a maior parte delas se percebe como tendo uma vida com alguma qualidade, enquanto haverá homens que se percebem como tendo uma vida de menor qualidade.

Tabela 2: Estatísticas descritivas da pontuação média do WHOQOL-SRPB

Sexo	n	M	DP	M in	Max
Masculi	9	3,	1,00	1,	5,00
Feminin	2	3,	0,76	1,	5,00
Total	3	3,	0,84	1,	5,00
	8	7		0	

p<0,05

### **Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS)**

A Escala de Satisfação com a Vida foi desenvolvida por Diener e colaboradores em 1985, está traduzida para diversas línguas e é possível obter essas traduções na página da internet dos autores. O autor da tradução portuguesa que consta nessa página é Félix Neto (2002). Este autor validou a escala junto de 308 professores em 1990 sendo revalidada por Simões et al (1992). A escala avalia o bem-estar subjetivo, isto é, a maneira positiva ou negativa como as pessoas experienciam a vida, sendo composta por cinco itens respondidas numa escala tipo *Likert* de sete pontos (de 1 = discordo muito a 7 = concordo muito). O autor da escala propôs seis *cut-offs* para interpretação dos resultados: de 5 a 9, extremamente insatisfeito; de 10 a 14, insatisfeito; de 15 a 19 ligeiramente abaixo da média na satisfação com a vida; de 20 a 24, valores médios; de 25 a 29, valores elevados; de 30 a 35, valores muito elevados, altamente satisfeito (Diener, 2009).

A Tabela 3 apresenta os dados da estatística descritiva da Escala de Satisfação com a Vida, aplicados a 382 pessoas das quais 74,9% (n = 29) são do sexo feminino. Os resultados apresentam uma distribuição normal com M = 20,50 e DP = 6,71. Os participantes do sexo feminino apresentam M = 20,35, ligeiramente abaixo da média total (M = 20,50) e DP = 6,70, análogo ao desvio padrão total (DP = 6,71). Os participantes do sexo masculino apresentam M = 20,95, ligeiramente acima da média total e DP = 6,71, análogo ao desvio padrão total. A amplitude de resultados é 30 em ambos os sexos.

Tendo em consideração os *cut-offs* propostos por Diener (2006), podemos afirmar

que a satisfação com a vida dos respondentes é média, embora esteja próxima do valor inferior do intervalo (20-24) que o autor propôs.

Tabela 3: Estatísticas descritivas da pontuação total da Escala de Satisfação com a Vida

Sexo	n	M	DP	M in	M ax
Masculi	96	20,5	6,74	5	3
Feminin	286	20,5	6,70	5	3
Total	382	20,50	6,71	5	3

p>0,05

### Teste de Orientação para a Vida (Life Orientation Test – LOT)

O Teste de Orientação para a Vida avalia o otimismo disposicional como característica estável, medindo as expectativas da pessoa, pedindo-lhe que diga em que medida acredita que algo bom ou mau lhe vai acontecer no futuro. A versão reformulada, a Revised Life Orientation Test (LOT-R) é composta por 10 itens, avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos em que 0

= Discordo fortemente e 4 = Concordo fortemente. A cotação total varia entre 0 e 24 e os valores mais elevados são indicativos de maior otimismo. Quatro dos itens não são cotados e os restantes são formulados na positiva (3 itens) e na negativa (3 itens). Como exemplo, um dos itens formulados positivamente é “Em momentos difíceis espero sempre o melhor”, um formulado negativamente é “Se houver a mínima hipótese de alguma coisa me correr mal, tenho a certeza que correrá” e um distrator é “Gosto muito de estar com os meus amigos” (Pais-Ribeiro, Pedro, & Marques, 2012). A Tabela 4 apresenta os resultados da Teste de Orientação para a Vida respondida por 383 participantes dos quais 74,7% (n = 286) são do sexo feminino. Os resultados apresentam uma distribuição normal com M = 13,25 e DP = 3,16. A média masculina (M = 13,56) é ligeiramente superior à feminina (M = 13,14) embora a amplitude de respostas seja igual, 17. A amplitude amostral de respostas é 18 (Min = 4, Max = 22), superior à de qualquer um dos sexos já que os homens não atingiram o valor máximo amostral (Min = 4, Max = 21) e as mulheres não relataram o valor mínimo (Min = 5, Max = 22). Nesta amostra, no entanto, não foram alcançados os valores mínimos nem máximos passíveis de obtenção no LOT-R.

A análise destes dados sugere um otimismo disposicional ligeiramente superior à média nos dois géneros, apresentando as pessoas do sexo feminino maior variabilidade.

Tabela 4: Estatísticas descritivas da pontuação total do Teste de Orientação para a Vida

Sexo	n	M	DP	M in	M ax
Masculino	9	13,77	2,98	4	20
Feminino	20	13,11	3,22	5	20
Total	29	13,25	3,16	4	20

$p > 0,05$

#### **Escala Breve de Coping Resiliente (Brief Resilient Coping Scale – BRCS)**

A Escala Breve de Coping Resiliente avalia a resiliência enquanto estratégia de *coping*. É uma escala composta por, apenas, 4 itens que permite perceber a capacidade do indivíduo para lidar com o *stress* de forma adaptativa. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal tipo Likert, com cinco opções, sendo 5 = Quase sempre e 1 = Quase nunca. Os valores de resposta, que transmitem a capacidade do indivíduo para lidar com o *stress* de uma forma adaptativa, podem variar entre 4 e 20. Segundo Pais-Ribeiro e Morais (2010), valores totais inferiores a 13 indicam baixa resiliência e valores totais superiores a 17 indicam forte resiliência. Neste instrumento, unidimensional, não existem itens cuja cotação se processe em ordem invertida, sendo o exemplo de um item “Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis”. A Tabela 5 apresenta os dados da estatística descritiva da Escala Breve de Coping Resiliente respondida por 384 participantes dos quais 75% (n = 288) são do sexo feminino. A distribuição amostral apresenta um M = 12,77 e um DP = 2,98. A amplitude de respostas é 16 (Min = 4, Max = 20), embora o valor máximo não tivesse sido atingido pelas pessoas de sexo masculino (Min = 4, Max = 19). Os participantes de sexo feminino apresentam maior variabilidade de respostas (DP = 3,04) e média inferior (M = 12,66) quando contrastados com o total dos respondentes ou com os do sexo masculino.

Considerando a interpretação dos valores totais obtidos na escala, referida por Pais-

Ribeiro e Morais (2010), poderemos afirmar que, em média, as pessoas do sexo feminino apresentam baixa resiliência enquanto as do sexo masculino apresentam valores dentro da média.

Tabela 5: Estatísticas descritivas da pontuação total da Escala Breve de Coping Resiliente

Sexo	n	M	DP	M in	M ax
Masculino	9	13,77	2,77	4	1
Feminino	2	12,77	3,04	4	2
Total	38	12,77	2,98	4	20

$p > 0,05$

#### **Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES)**

A Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) é uma medida breve que permite avaliar a autoestima percebida e foi desenvolvida para avaliar a autoestima em populações adolescentes e adultas, é constituída por 10 itens, com conteúdos relacionados com sentimentos de respeito e aceitação do próprio. Cinco itens são positivamente formulados e os restantes cinco (itens 2, 5, 6, 8 e 9) possuem uma formulação negativa, sendo respondidos numa escala tipo Likert de quatro pontos, de 0 = Discordo fortemente a 3 = Concordo fortemente. O autor da escala não identificou pontos de corte, mas pontuações mais elevadas a indicar autoestima elevada e vice-versa. A Tabela 6 apresenta os dados da estatística descritiva da Escala de Autoestima de Rosenberg respondida por 383 participantes dos quais 74,9% (n = 287) são do sexo feminino. A distribuição amostral apresenta um M = 29,61 e um DP = 5,62. A amplitude de respostas é 24 (Min = 14, Max = 40), embora a cotação mínima amostral não tivesse sido obtida pelas pessoas de sexo feminino (Min = 15, Max = 40). Os participantes de sexo feminino apresentam maior variabilidade de respostas (DP = 5,76) e média inferior (M = 29,20) quando contrastados com o total dos respondentes ou com os do sexo masculino.

Os dados indicam uma percepção média de autoestima elevada, existindo participantes de ambos os sexos que obtiveram a cotação máxima, indicadora de autoestima muito elevada.

Tabela 6: Estatísticas descritivas da pontuação total da Escala de Autoestima de Rosenberg

Sexo	n	M	DP	M	M
Masculino	9	30,	4,99	1	4
Feminino	2	29,	5,76	1	4
Total	3	29,	5,62	1	4
	8	61		4	0

\*  $p < 0,05$

### **Lista de Afetos Positivos e Negativos (Positive and Negative Affect Schedule-PANAS)**

A Lista de Afetos Positivos e Negativos (Positive and Negative Affect Schedule-PANAS) avalia a afetividade positiva e negativa enquanto traço ou estado, dependendo das instruções dadas aos respondentes. Esta dimensão é considerada um aspeto essencial do bem-estar já que influencia a forma como a pessoa “lê” a sua vida e o seu contexto de vida. A escala original é constituída por 20 itens, sendo que 10 avaliam o afeto positivo e 10 avaliam o afeto negativo. A pesquisa bibliográfica permitiu a identificação de duas validações portuguesas desta escala. Uma, realizada em 1993, por Simões, acrescenta dois itens, um a cada uma das subescalas. Neste caso, portanto, a escala possui 22 itens, 11 tradutores de afeto positivo e 11 tradutores de afeto negativo. A validação efetuada por Galinha e Pais-Ribeiro em 2005, replica a estrutura da PANAS original: 20 emoções com duas subescalas, o afeto positivo e o afeto negativo. Nas instruções de resposta, é pedido aos respondentes que indiquem o grau em que experienciou cada uma das emoções, no período de tempo considerado (variável, de acordo com os objetivos da investigação), numa escala que varia de 1 = Muito pouco ou nada a 5 = Muitíssimo. O somatório de cada subescala varia, portanto, entre 10 e 50 ou entre 11 e 55, dependendo da adaptação portuguesa usada. A Tabela 7 apresenta os dados da estatística descritiva das subescalas Afetividade Positiva e Afetividade Negativa da Lista de Afetos Positivos e Negativos. A subescala Afetividade Positiva foi respondida por 367 pessoas (75,2% do sexo feminino) enquanto a subescala Afetividade Negativa foi respondida por 372 pessoas (74,7% do sexo feminino). Verificamos que na subescala Afetividade Positiva o sexo feminino apresenta uma média inferior ( $M = 23,45$ ) ao sexo masculino ( $M = 24,53$ ) e ao total da amostra ( $M = 23,72$ ) enquanto na subescala Afetividade Negativa ocorre o inverso: o

sexo feminino apresenta uma média (M = 20,91) superior ao sexo masculino (M = 18,09) e à amostra total (M = 20,20). Analisando o desvio padrão, constatamos que, no sexo feminino na subescala Afetividade Positiva, é menor (DP = 6,85) do que no sexo masculino (DP = 9,67) ou no total da amostra (DP = 7,65) e o inverso acontece na subescala Afetividade Negativa.

A amplitude de cotações difere nas duas subescalas: na subescala Afetividade Positiva, as pessoas do sexo feminino apresentam uma amplitude de 34 enquanto as do sexo masculino apresentam uma amplitude de 72 e a amostra total é de 73; na subescala Afetividade Negativa, as pessoas do sexo feminino apresentam uma amplitude de 58 enquanto a do sexo masculino é 33 e a da amostra total é de 58. Esta divergência de amplitudes poderá indicar a presença de outliers ou alguma incorreção na recolha de dados. Tabela 7.

Com base na estatística descritiva, podemos concluir que a cotação média dos respondentes, quer em relação à afetividade positiva quer em relação à negativa ou entre os sexos, é análoga e, dependendo do instrumento utilizado nesta pesquisa, não muito elevada.

Tabela 7: Estatísticas descritivas das pontuações totais das subescalas afetividade positiva e afetividade negativa da lista de afetos positivos e negativos

	Afetividade Positiva*			Afetividade Negativa*		
	Sexo		Total	Sexo		Total
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
N	91	276	367	9	278	372
M	24,53	23,4	23,7	18,09	20,91	20,20
DP	9,7	6,8	7,6	6,50	8,56	8,17
Mínimo	10	9	9	1	10	10
Máximo	82	43	82	4	68	68

\*p<0,05

### **Escala de Esperança**

A Escala de Esperança, designada por “Escala de Futuro” aquando da sua aplicação, permite avaliar a perceção generalizada de que os objetivos podem ser alcançados, ou esperança. Os autores da escala definem esperança como “um bloco cognitivo baseado na sensação de determinação triunfante para a ação, em conjunto com a planificação de maneiras de alcançar os objetivos” (Pais-Ribeiro, Pedro & Marques, 2006, p. 1) e identificaram dois fatores: a iniciativa e os caminhos. A escala é, portanto, uma medida cognitiva de confiança na capacidade pessoal ou eficácia.

A escala fornece três cotações: de esperança global (resultante da soma dos oito itens), de iniciativa e de caminhos (resultantes da soma do grupo de quatro itens que compõem cada uma delas. A Tabela 8 apresenta os dados da estatística descritiva das subescalas Iniciativa e Caminhos da Escala de Esperança. A subescala Iniciativa foi respondida por 375 pessoas (74,7% do sexo feminino) e a subescala Caminhos foi respondida por 380 pessoas (74,7% do sexo feminino). Verificamos que, em ambas as subescalas, o sexo feminino apresenta uma média inferior ( $M = 19,85$ ,  $M = 19,85$ ) ao sexo masculino ( $M = 21,34$ ,  $M = 22,05$ ) e ao total da amostra ( $M = 20,23$ ,  $M = 20,40$ ). Analisando o desvio padrão, constatamos que há um padrão idêntico: as pessoas do sexo feminino obtiveram desvios padrões menores ( $DP = 6,18$ ,  $DP = 6,06$ ) do que as do sexo masculino ( $DP = 6,20$ ,  $DP = 10,99$ ) ou o da amostra total ( $DP = 6,21$ ,  $DP = 7,66$ ). No que se refere aos valores mínimos e máximos, constatamos que são uniformes na subescala Iniciativa ( $Min = 4$ ,  $Max = 32$ ) mas difere entre os grupos amostrais na subescala Caminhos. O valor máximo dos respondentes do sexo masculino na subescala Caminhos indicia um erro na recolha dos dados, já que uma cotação máxima de 111 é inesperada. Sendo um erro, estará a afetar a média e o desvio padrão e a sua identificação e retificação é imprescindível, antes de se prosseguirem outras análises.

Em síntese, os valores médios de cotação nas duas subescalas da Escala de Esperança indicam que os respondentes têm alguma confiança na sua capacidade ou eficácia futura.



Tabela 8: Estatísticas descritivas das pontuações totais das subescalas iniciativa e caminhos da escala de esperança

	Iniciativa*			Caminhos*		
	Sexo		Total	Sexo		Total
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
N	9	280	375	9	284	3
M	21,34	19,85	20,2	22,05	19,85	20,40
DP	6,20	6,18	6,21	10,99	6,06	7,00
Mínimo	4	4	4	8	4	4
Máximo	3	32	3	1	3	1

\*  $p < 0,05$

### **Inventário de Saúde Mental (Mental Health Inventory – MHI)**

O Inventário de Saúde Mental permite “avaliar o distresse psicológico e o bem-estar na população em geral” (Pais-Ribeiro, 2011, p. 3). É um questionário de autorresposta com 38 itens, que se distribuem por cinco fatores (Ansiedade, Depressão, Laços Emocionais, Afeto Geral Positivo e Perda de Controlo Emocional/Comportamental). Estes fatores agrupam-se em dois grandes fatores de segunda ordem: Distresse Psicológico e Bem-estar Psicológico.

A pontuação final é computada, a partir da soma dos valores brutos, sendo expressa numa nota que varia entre 0 e 100. Pais-Ribeiro (2011) refere os pontos de corte de 52 e 60 como indicativos, numa investigação realizada no Japão, de sintomas graves e moderados, respetivamente, de sintomas depressivos.

A Tabela 9 apresenta os dados da estatística descritiva da versão abreviada do Inventário de Saúde Mental (MHI-5) respondida por 383 participantes dos quais 74,9% ( $n = 288$ ) são do sexo feminino.

Os participantes de sexo feminino apresentam uma pontuação final média inferior ( $M = 54,54$ ) e maior variabilidade de respostas ( $DP = 19,92$ ) quando contrastados com o total dos respondentes ( $M \pm DP = 56,63 \pm 19,90$ ) ou com os do sexo masculino ( $M \pm DP = 62,95 \pm 18,54$ ).

Caso os pontos de corte mencionados por Pais-Ribeiro se replicassem na população portuguesa, os valores desta amostra indicariam que, em média, as respondentes apresentam sintomas moderados de depressão.

Tabela 9: Estatísticas descritivas da pontuação total do inventário de saúde mental (MHI-5)

Género	n	M	DP	M	Max
Masculino	95	62,	18,	8	100
Feminino	288	54,	19,	8	100
Total	383	56,	19,	8	100

\* p<0,05

A Tabela 10 apresenta os dados da estatística descritiva da escala da felicidade respondida por 381 participantes dos quais 75% (n = 285) são do sexo feminino. Os participantes de sexo feminino apresentam uma pontuação média inferior (M = 3,99) quando comparadas com o total dos respondentes (M ± DP = 4,04 ± 1,13) ou com os do sexo masculino (M ± DP = 4,17 ± 1,2). Estes valores (1 é um estado de felicidade reduzido e o número a 7 é um estado de felicidade mais elevado) são mais baixos dos que os valores normativos dos idosos americanos (M±DP = 5,62±0,96), mas muito próximos da população russa (M±DP=4,02± 0,93).

Tabela 10: Estatísticas descritivas da pontuação média e do somatório da Escala de Felicidade Subjetiva

	Sexo	n	M	DP	Mín	Max
<b>Média da felicidade</b>	Masculino	96	4,17	1,20	1	7
	Feminino	285	3,99	1,09	1	7
	Total	381	4,04	1,13	1	7
<b>Média da soma</b>	Masculino	96	17,13	4,46	7	27
	Feminino	285	16,58	4,67	4	28
	Total	381	16,7165	4,61616	4	28

A análise efetuada aos dados estatísticos permite afirmar que os participantes consideram ter uma qualidade de vida satisfatória, principalmente os participantes do sexo feminino. Também permite afirmar que a noção de satisfação com a vida se encontra dentro da média da escala, ainda que seja necessário ter em consideração que o valor obtido se encontra perto do ponto de corte de valor inferior.

A nível de otimismo disposicional os resultados são acima da média e com maior variabilidade no sexo feminino. Já as perceções da capacidade de  *coping*  resiliente parecem ser mais baixas no sexo feminino, mas dentro da média avaliada para o sexo masculino.

Também a autoestima parece ser acima da média, havendo casos de cotação máxima que se traduzem em participantes com autoestima muito elevada, por oposição à afetividade positiva e negativa que não é muito elevada e com cotação análoga entre sexos.

A escala de esperança no futuro indica-nos a presença de confiança na capacidade de eficácia futura embora o inventário de saúde mental alerte para a presença de humores ligeiramente depressivos, fator que dependerá do autor em consideração uma vez que os pontos de corte variam entre os estudos realizados.

Quanto à felicidade não existem diferenças entre os sexos contudo os idosos portugueses parecem ser menos felizes que a população que deu origem aos valores normativos.

Em síntese, os respondentes percebem-se como possuindo uma qualidade de vida positiva, embora não elevada, estando mediamente satisfeitos com a sua vida. Esta perceção assenta num otimismo disposicional e resiliência ligeiramente positivos, numa elevada autoestima e é influenciada por índices de afetividade negativa e

positiva medianos e alguma confiança no futuro embora, especialmente nas mulheres, pareçam existir sinais de depressão.

## **2. ESTUDO II - Fidedignidade e Estrutura Fatorial da Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper (EFS)**

A felicidade é um constructo semelhante ao bem-estar subjetivo e tornou-se uma variável importante para a psicologia, ou seja, é um constructo complementar da saúde mental. A Escala de Felicidade Subjetiva é um instrumento que foi desenvolvido por Lyubomirsky e Lepper, inclui quatro itens, que são afirmações em que, em duas, se pede aos indivíduos para se caracterizarem a si próprios por comparação com os seus pares, quer em termos absolutos quer relativos (itens dois e três), e outros dois itens consistem em descrições de felicidade e infelicidade. Pede-se aos respondentes para indicar a extensão em que as afirmações os caracterizam, e a resposta é dada numa escala com sete posições, com duas afirmações antagónicas que expressam o nível de felicidade ou a sua falta. Podemos considerar a Escala de Felicidade Subjetiva, como um instrumento com boas propriedades psicométricas, pois mede com precisão aquilo a que se propõe e, ainda, pode ser respondido num curto período de tempo. Além disso, é um instrumento com itens simples e de fácil compreensão. Podemos verificar ao longo do trabalho diversas tabelas referentes aos resultados obtidos, que permite uma melhor compreensão dos dados, como por exemplo, comunalidades, estatística item-total (correlação entre os itens), bem como, a avaliação da fatoriabilidade dos dados através do Teste de Esfericidade de Bartlett e a medida de adequação amostral, de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

Em Psicometria é relevante a verificação dos dados (validade) e a interpretação dos dados (correlação, associação, diferenças). As duas características importantes de um teste são a garantia e a validade, ou seja, até que ponto é que as qualidades psicométricas de um teste são precisas e verdadeiras. Por isso, neste sentido considera-se fundamental a referência aos seguintes conceitos: fidedignidade, consistência interna e validade. A fidedignidade de um teste consiste, na possibilidade de fornecer resultados consistentes. É manifestada em termos estatísticos por um índice estatístico, o coeficiente de fidedignidade indica até que ponto obtêm resultados consistentes quando se procede a duas medições utilizando o mesmo teste ou duas formas equivalentes de um teste e se calcula a correlação. A fidedignidade,

abrange dois aspetos que esta mede ou seja, fidedignidade externa (consistência de um teste ao longo do tempo) e fidedignidade interna (o atributo que a escala se propõe medir é consistente e se mantém apenas a medição de um único atributo). Além disso, a garantia de um teste traduz-se num valor positivo que adota valores entre 0,00 (ausência de garantia) e 1,00 (garantia perfeita).

A consistência interna é a solidez dos resultados ao longo do teste quando este é aplicado uma vez, por outras palavras, é a precisão da medição efetuada num determinado momento. A consistência interna baseia-se na correlação média entre os itens. Existem diversas formas para determinar a consistência interna, como por exemplo, a correlação item-restante, o coeficiente *Alfa de Cronbach* (varia de 0 a 1) e a correlação média entre itens. A validade avalia até que ponto o procedimento de medição produz a resposta correta, qual o poder de resposta e o poder de interpretação, bem como o significado dos resultados. Os critérios mais utilizados no processo de validação são: validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério. Na análise da consistência interna obteve-se um *Alpha de Cronbach* de 0,664 nos quatro itens da ESF. Na Tabela 11 (Estatística Item-Total) constam os quatro itens abordados na Escala da Felicidade ESF, onde apresentamos, os resultados item a item. Tendo em conta os resultados decidimos excluir o item quatro, cuja exclusão aumenta o *Alfa* da subescala para valores maiores ( $\alpha = 0,838$ ). Podemos verificar que as médias da escala estão muito equiparadas, tendo a média mais elevada no 3 item (12.78). Na correlação de Item Total, verifica-se valores positivos e superiores a 0,50 ( $> 0.50$ ). Neste sentido verifica-se que os itens são consistentes entre si e que se irão correlacionar com o resultado final. Todavia, existe o último item que fica aquém do esperado, comparativamente com os outros, apresenta um valor inferior (0,038). Após retirarmos o item quatro, calculou-se novamente o *Alfa* de Cronbach que confirma a fidelidade da escala com um valor de  $\alpha = 0,84$ , ou seja, um valor que nos permite considerar que tem uma consistência interna boa para a escala da felicidade com três itens.

Tabela 11: Consistência interna

	Médi a*	Variância	Correlação **	Alfa ***
1-Em geral considero-me uma pessoa que (não) é muito	12,4	11,766	,661	,449
2-Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me: Uma pessoa que (menos) feliz	12,4 5	11,374	,637	,456
3-Algumas pessoas são geralmente felizes.Gozam a vida apesar do que se passa à volta delas,conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caraterização o/a descreve a si	12,7 8	12,104	,560	,516
4-Algumas pessoas geralmente não são muito felizes, embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caraterização o/a descreve a si?	12,4 4	18,063	,038	,838

\*somatório da escala se o item for excluído    \*\* item total corrigida    \*\*\* de Cronbach

No cálculo da análise fatorial, obteve-se um, KMO = 0,698 [ $\geq 0.5$ ] um Teste de Esfericidade: de Bartlett = 492,918,  $p=0.000$  [ $< 0.05$ ] daqui se conclui que a amostra é adequada. Deste modo, as medidas de KMO e de Bartlett para adequação amostral confirmam a fatorialização dos dados.

Na Análise das Componentes Principais utiliza-se a variância total e assume-se que a Comunalidade de cada variável é de 1, transpondo os dados originais em componentes lineares constituintes. A análise das Comunalidades (indica quais são as variáveis ou itens mais influenciados pelos fatores extraídos e estão relacionadas com a representação de uma variável para o fator. Numa outra perspetiva, representa a fidelidade do valor da variável. Um valor elevado na Comunalidade indica que este item dá um grande contributo para a formação dos fatores extraídos) demonstrou que as variáveis estão linearmente correlacionadas uma vez que os valores variaram entre 0,66 e 0,81 (valor deve ser  $> 0.50$ ).

A análise da variância explicada demonstrou que com um valor próprio (eigenvalue) superior a 1,0, ou seja, com o valor de 2,272 só existia uma componente que explica 75,72% da variância da escala.

A observação da matriz de componentes permitiu a visualização de cada variável para os componentes (fatores) extraídos antes da rotação, ou seja, são os coeficientes de correlação entre as variáveis e os componentes (fatores) não-rodados. A matriz de correlação dos componentes também confirmou a existência de um único

componente nesse instrumento. Além disso, analisando a componente, verifica-se que a maioria dos itens satura fortemente ( $> 0,8$ ), contudo o item quatro não apresenta saturação digna de registo com a escala (Tabela 12).

Tabela 12: Matriz das componentes principais

	Componente 1
1 Em geral considero-me uma pessoa que (não) é muito feliz	,900
2-Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me: Uma pessoa que (menos) feliz	,893
3-Algumas pessoas são geralmente felizes. Gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si	,814
4-Algumas pessoas geralmente não são muito felizes, embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?	,063

A tabela das componentes principais demonstra que a melhor decisão é retirar o item quatro, reforçando a decisão aquando da análise da consistência interna.

Este modelo foi posteriormente suportado por uma análise fatorial confirmatória (AFC) que é usada para avaliar a qualidade de ajustamento de um modelo de medida teórica à estrutura correlacional observada entre os itens (Marôco, 2010). A AFC deve ser utilizada quando um pesquisador já possui alguma ideia sobre as variáveis latentes em estudo, uma vez que postula relações entre as variáveis medidas e os fatores determinados à priori. É o nosso caso e por isso vamos testar essa estrutura. O principal objetivo da AFC é explicar a covariância ou correlação entre muitas variáveis observadas, através da relação de poucas variáveis subjacentes. Neste tipo de análise fatorial o modelo é previamente construído, o número de variáveis latentes é fixado antes da análise, alguns efeitos diretos de variáveis latentes nas variáveis observadas são fixados em zero ou numa constante, os erros de medida podem ser correlacionados, a covariância das variáveis pode ser estimada ou fixada em qualquer valor, e é necessária a identificação dos parâmetros. No nosso caso os resultados da construção do modelo demonstrou uma vez mais que a opção de retirar o item quatro é a mais acertada já que não tem, capacidade explicativa (Figura 3).

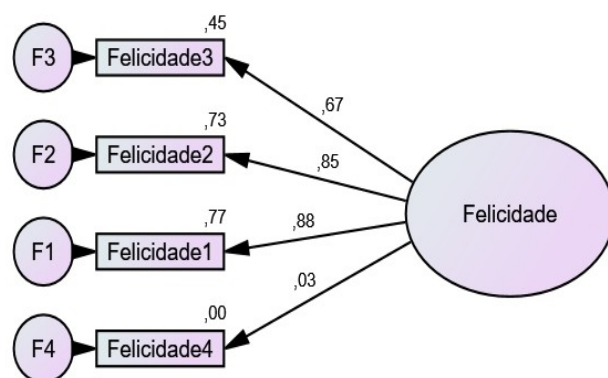


Figura 3: Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Como se pode observar o item 4 (felicidade4) não contribui com nenhuma capacidade explicativa (=0,03). Quanto aos índices de ajustamentos os resultados foram os

Tabela 13: Índices de ajustamento da AFC

Índices de	Valor	Nível de adequação	Critério para	Objetivo
<b>x<sup>2</sup>/gl (CMIN)</b>	0,297	Excelente	<5	Avalia a magnitude da discrepância
<b>TLI</b>	1,014	Fraco	<0,95	Compara o modelo testado com o nulo onde todas as variáveis
<b>CFI</b>	1	Fraco	<0,95	Alternativa ao NFI para amostras pequenas
<b>RMSEA</b>	0,001	Excelente	<0,08	Estima o erro

Assim, a Escala da Felicidade Subjetiva, apesar de reduzida a 3 itens, ainda fica composta por um número suficiente de questões que a torna detentora de consistência interna, não sobrecarregando os participantes nem ameaçando a sua estrutura unidimensional, principio com que esta escala foi concebida por Lyubomirsky e Lepper, em 1999. Embora esta escala esteja validade para vários países e culturas (versões inglesa, russa, alemã, japonesa, árabe, portuguesa, Malaia, etc), há ainda a necessidade de uma validação para uma população mais idosa, pois todas as validações desta escala estão voltadas para a população adulta. É de realçar que em Portugal existem duas validações desta escala, sendo uma validada para a população entre os 25 e os 50 anos (Spagnoli, Caetano, & Silva, 2012), e outra feita por Pais-Ribeiro (2012) com participantes entre os 18 e



os 98 anos. Prende-se, aqui, a necessidade e importância de mais uma validação, pois sabe-se que o conceito de felicidade é subjetivo e muda em função das vivências que nos casos dos idosos estão plasmadas no seu passado que é, por definição, mais longo e rico que os demais grupos etários. Por outro lado o envelhecimento impõe os limites que a idade provoca, como por exemplo, perdas de memória, de locomoção, entre outros, sendo que a compreensão de si mesmo, a interação, o que vai aprendendo longo da vida e o amadurecimento que isso implica, origina um tesouro de sabedorias e de experiências, que valorizam a todo o momento o aspeto positivo das coisas ou pelo contrário marginalizam os idosos o que faz com que a felicidade deva ser um assunto da agenda científica.

### **3. ESTUDO III - Criação de um grupo extremo da felicidade**

Atualmente, em psicologia, a investigação começa a valorizar as emoções positivas, não se detendo apenas nas emoções negativas. Uma pesquisa que efetuamos na Pubmed selecionando as ultimas sete décadas (desde 1950 até atualidade) com recurso às frases booleanas "positive emotions"[All Fields] OR "happiness"[All Fields] OR hopeless[All Fields] AND ("1950/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]) encontramos 9505 publicações que envolveram emoções positivas, contudo destas mais de 60% (5707) foram nos últimos 10 anos. Com efeito, a Psicologia Positiva, debruça-se sobre as emoções positivas, felicidade, esperança, alegria, carácter, forças e virtudes e outras experiências e características positivas. Debruça-se ainda no estudo das organizações e instituições positivas e no sucesso do potencial humano, sejam nos locais de trabalho, nas escolas ou nas famílias. A psicologia positiva vai para além de uma abordagem que apenas foca os problemas e as patologias tem emergido nas últimas décadas como uma área de estudo científico própria e nos últimos anos tem havido um aumento crescente no interesse pelo estudo sobre a felicidade e na satisfação com a vida. A grande maioria das pessoas considera a felicidade como sendo a base de uma vida com significado e, para a maioria das sociedades é vista como uma meta a alcançar. Alguns autores como é o caso de Diener e colaboradores (2003) preferem o termo bem-estar subjetivo em vez de felicidade e consideram que este surge da combinação da reduzida constância de afeto negativo, da elevada frequência de afeto positivo e de um alto nível de satisfação com a vida. Neste sentido

fomos verificar como se cruzavam os resultados da escala da felicidade com os resultados da escala de satisfação com a vida (SWLS). A análise dos caminhos (path analysis) demonstra uma relação forte entre ambos os conceitos demonstrando a relevância dos indicadores associados a cada uma das variáveis latentes, uma vez que, os indicadores são muito bem explicados pelas respectivas variáveis latentes, apresentando  $\beta > 0,7$ ; correlacionando-se ( $r=0,57$ ) de forma linear entre si (Satisfação com a vida e a felicidade), permitindo-nos concluir da capacidade explicativa das variáveis em estudo (Figura 4).

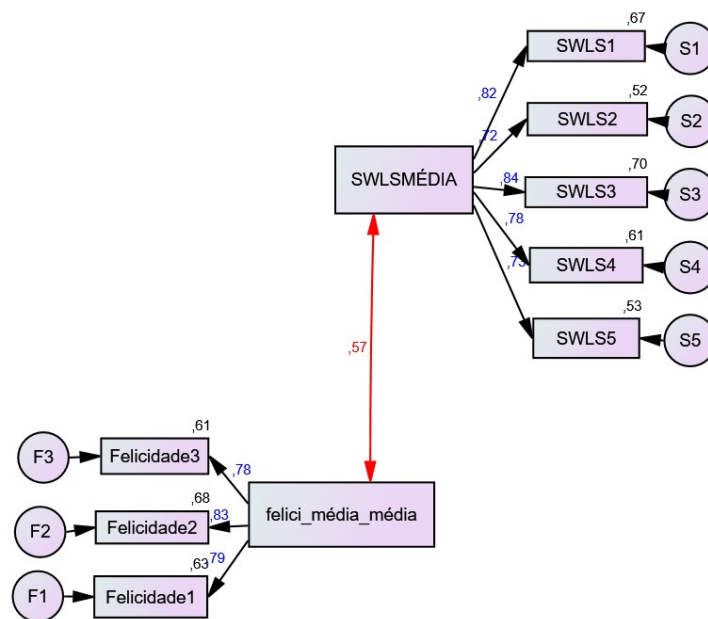


Figura 4: Modelo de Equações Estruturais para a Felicidade

Legenda: Correlação (vermelho), Coeficientes de Regressão (preto), Coeficiente de Regressão/ beta standardizado (azul).

Tabela 14: Índices de ajustamento do modelo dos preditores da felicidade

Índices de	Valor	Nível de	Critério para	Objetivo
<b>x<sup>2</sup>/gl (CMIN)</b>	0,297	Excelente	<5	Avalia a magnitude da discrepância Compara o modelo testado com o nulo onde todas as variáveis observadas são consideradas como
<b>TLI</b>	0,934	Fraco	<0,95	Alternativa ao NFI para amostras pequenas
<b>CFI</b>	0,51	Excelente	<0,95	
<b>RMSEA</b>	0,08	Aceitável	<0,08	Estima o erro

O modelo que demonstra uma relação entre satisfação com a vida e felicidade parece ter respaldo que permita usar a escala SWLS para servir de elemento comparativo que permita definir o melhor ponto de corte da escala felicidade.

As pontuações no SWLS podem ser interpretadas em termos de satisfação vital absoluta e relativa. Os resultados da escala SWLS são calculados através do somatório das pontuações obtidas nos itens e, posteriormente, classificadas tendo em conta que pontuações entre 5 e 9 é sinonimo de individuo extremamente insatisfeito com a vida, entre 10 e 14 pontos é indicativas de estar insatisfeito, entre 15 e 19 representam um pouco insatisfeito com a vida, 20 pontos descreve uma pessoa que se apresenta numa posição neutra isto é, uma pontuação de 20 representa o ponto neutro na escala, o ponto em que o entrevistado está igualmente satisfeito e insatisfeito, entre 21 e 25 ligeiramente satisfeito, entre 26 e 30 pontos satisfeita e de 31 a 35 extremamente satisfeito. A maioria dos grupos de adultos e idosos situa-se na faixa de 23-28 (Pavot & Diener, 2009), ou a gama de ligeiramente satisfeitos a satisfeitos. Para observarmos a área abaixo da curva ROC (AUC) e ainda o Índice de Youden necessitamos de uma variável dicotómica. Dicotomizámos a variável SWLS pegando nos valores normativos 23,5 apontados por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) e por Pavot e Diener (2009) e formos calcular a AUC. (Figura 5).

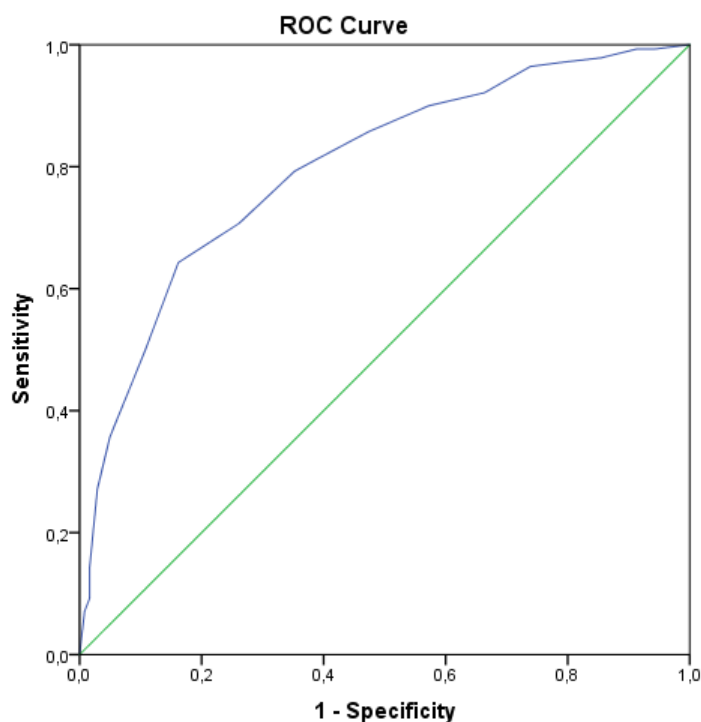


Figura 5: Curva de ROC  
**Area Under the Curve**

Tabela 15: Test Result Variable (s): felicidade\_média

Area	S	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
<b>,799</b>	,024	,000	,752	,845

The test result variable(s): felicidade\_média has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption  
b. Null hypothesis: true area = 0.5

A AUC (0,799) está no intervalo entre 0,5 a 1,0 onde os valores mais elevados indicam maior ajuste. A Curva ROC é um índice visual da precisão. O conhecimento da área sob a curva possibilita quantificar exatidão de um teste (proporcional à área sob a curva), além de possibilitar a comparação de testes.

A área sob a curva ROC é uma medida do desempenho de um teste (índice de exatidão do teste). Um teste totalmente incapaz de discriminar indivíduos (neste caso felizes e infelizes), teria uma área sob a curva de 0.5 (hipótese nula). Acima de 0,70 é considerado desempenho satisfatório.

Esta tabela relata a sensibilidade e 1- especificidade para cada ponto de corte

possível para a classificação positiva. A sensibilidade é a proporção de amostras com os resultados do teste maior que o corte e 1-especificidade é a proporção de amostras com os resultados do teste maior que o de corte. No ponto de corte 0 é equivalente a assumir que todos são infelizes.

No ponto de corte 8 é equivalente a assumir que todos são felizes. Ambos os extremos são satisfatórios, o desafio é escolher um corte que possa devidamente equilibrar as necessidades de sensibilidade e especificidade.

Se usarmos o ponto de corte 2,833, 96,4% de todas as amostras seriam corretamente identificados como infelizes e 73,9% de todas as amostras poderiam ser incorretamente identificadas como infelizes.

A escolha do ponto de corte será decidida pela necessidade de aumentar a sensibilidade ou a especificidade e se não recorrermos ao índice do Youden (J) é subjetivo já que vai depender do pesquisador (Tabela 16).

Tabela 16: Coordenadas da curva

Positive if Greater Than or Equal To <sup>a</sup>	Sensitivity	1 – Specificity	Índice Youden = S + E -1
0,0000	1,000	1,000	0,000
1,1667	,993	,942	0,051
1,5000	,993	,938	0,055
1,8333	,993	,913	0,080
2,1667	,979	,855	0,124
2,5000	,971	,793	0,179
2,8333	,964	,739	0,226
3,1667	,921	,664	0,258
3,5000	,900	,573	0,327
3,8333	,857	,473	0,384
4,1667	,793	,353	0,440
4,5000	,707	,261	0,446
4,8333	<b>,643</b>	<b>,162</b>	<b>0,481</b>
5,1667	,500	,108	0,392
5,5000	,357	,050	0,307
5,8333	,271	,029	0,242
6,1667	,143	,017	0,126
6,5000	,093	,017	0,076
6,8333	,071	,008	0,063

Assim recorrendo ao índice de Youden (J) que é igual à sensibilidade mais a especificidade menos um e tem uma variação entre 0 e 1 (com os valores próximos de 1 a indicar a precisão perfeita e o valor 0 a precisão obtida por mero acaso) consideramos o ponto de corte de 4,83 onde 64,3% de todas as amostras serão corretamente identificados contra 16,2% de todas as amostras que poderão ser incorretamente identificadas.

Este ponto de corte está em sintonia com os estudos nacionais e internacionais que apontam o valor 4 ou 5 como o valor a partir do qual uma pessoa se considera feliz (S. Lyubomirsky, 2013; Pais-Ribeiro, 2012).

#### 4. ESTUDO IV - Preditores da felicidade

Nesta pesquisa, foram abordadas as

questões: 1. qualidade de vida

(WHOQOLMÉDIA)

2. satisfação com a vida (SWLSMÉDIA)

3. otimismo (LOTMÉDIA)

4. estratégias de  *coping*  (COPINGMÉDIA)

5. autoestima (AUTOESTIMAMÉDIA)

6. emoções positivas

(PANASPOSITIVOMEDIA)

7. emoções negativas

(PANASNEGATIVOMEDIA) 8. saúde

mental (TMHI5),

9. frequência de respostas sociais

(Frsocail), 10. sexo, habilitações

literária

11. (Hab Ecivil),

12. se vive só (ViveSozinho)

13. se tem alguém em quem possa confiar (Tem),

14. vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto

gostaria (Vê), 15. sente-se sozinho/a (Sente),

16. há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a

(Há12), 17. há alguém que possa cuidar de si? (Há12a),

18. como avalia a sua saúde (Como)

19. considera que é uma pessoa ativa (Considera)

A partir de uma amostra de 387 idosos foram incluídos na análise 339, correspondendo ao número de casos sem missings. Com isso, para o ajuste do modelo de regressão logístico múltiplo, foi considerada a variável binária Felicidade como variável dependente e as variáveis supra mencionadas como preditoras:

Na Tabela 17, são apresentadas todas as variáveis consideradas e suas respectivas categorias de respostas.

Dentre os modelos de regressão observados na literatura estatística, um modelo bastante utilizado é o modelo de regressão logística. Neste modelo, diferente do modelo de regressão linear (modelo mais popular), em que a variável resposta é um valor contínuo, a variável resposta é uma probabilidade de ocorrer um determinado facto.

A regressão logística permite avaliar como é que um conjunto de variáveis independentes prediz ou explica a variável dependente categórica dicotómica. Dá uma indicação da adequação do modelo em teste (conjunto de variáveis independentes). Ela fornece uma indicação da importância relativa de cada variável preditora ou da interação entre as variáveis predictoras. Fornece um resumo da precisão da classificação dos casos, permitindo o cálculo da sensibilidade e especificidade do modelo e os valores preditivos positivos e negativos.

A regressão logística não faz suposições relativas à distribuição de scores para as variáveis predictoras, mas é sensível a altas correlações entre as variáveis predictoras (multicolinearidade). A existência de outliers também pode influenciar os resultados da regressão logística.

O bloco 0 consiste no resultado da análise sem nenhuma das variáveis independentes consideradas no modelo. Isto servirá como uma linha de base mais tarde para comparar o modelo com as variáveis predictoras incluídas.

Para verificar a qualidade do modelo ajustado, utilizou-se primeiramente o teste de Omnibus. Verificou-se que o modelo obtido apresenta adequação estatisticamente significativa, considerando um nível de significância de 5%, ou seja, rejeitou-se a hipótese inicial de que as variáveis explicativas não explicam adequadamente a variável dependente “Felicidade”. Outras medidas também foram utilizadas (medidas de adequação de Cox & Snell e Nagelkerke) para avaliar se o modelo foi bem ajustado (comparam as probabilidades estimadas com as probabilidades observadas, sendo que os valores mais altos significam um melhor ajuste).

O teste de “Hosmer and Lemeshow” é outro teste para verificar a qualidade do modelo ajustado. Esse teste mede a correspondência entre os valores reais e os previstos da variável dependente, através da estatística qui-quadrado.

Para o modelo ajustado, observou-se que não há evidências estatísticas para rejeitar a hipótese de que os valores previstos pelo modelo estão próximos dos



valores observados, indicando que o modelo foi bem ajustado.

Para avaliar o modelo logístico ajustado em relação a sua capacidade de prever as possibilidades de um indivíduo se considerar feliz ou não feliz, utilizou-se o método de matrizes de Classificação.

Para a estimação deste modelo, utilizou-se o software SPSS versão 23, com o método Enter: Na tabela de classificação, a percentagem global de casos corretamente classificados é de 76,9%. O modelo classifica todos os indivíduos como infelizes ( $\leq 4,83$ ) porque nos dados observados predomina essa categoria. Será o valor correspondente à referida percentagem do bloco (tabela 17) que será contestado no bloco 1.

Tabela 17: Tabela de classificação

		Previsto			% correta
		4,84+	$\leq 4,83$		
Observado	4,84+	0	78	,0	
	Felicidade	$\leq 4,83$	0	269	100,0
Step 0	Percentagem geral			76,9	

Aqui no Bloco 1 (método Enter), é onde o modelo (conjunto de variáveis preditoras) é testado.

Os testes Omnibus comparam quão bem o modelo prediz categorias quando comparado com o modelo baseline (bloco 0).

Conclui-se que o modelo de regressão logística é estatisticamente significativo.

Tabela 18: Teste Omnibus

Step		Chi-square	Df	Sig.
1	Step	51,803	33	,020
	Bloco	51,803	33	,020
	Modelo	51,803	33	,020

Os resultados apresentados na tabela Hosmer e Lemeshow Test também suportam o modelo.

Este teste, que SPSS afirma ser o teste mais confiável do modelo disponível no SPSS, é interpretado de forma muito diferente do teste Omnibus acima discutido.

Para apoiar o nosso modelo, queremos realmente um valor maior que 0,05. No nosso exemplo, o valor do qui-quadrado para o Teste de Hosmer-Lemeshow é 8,206 com um nível de significância de 0,414. Esse valor é maior que 0,05, indicando, portanto, suporte para o modelo.

Tabela 18: Hosmer e Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	8,206	8	,414

O R<sup>2</sup> de Cox & Snell e o R<sup>2</sup> de Nagelkerke fornecem uma indicação da quantidade de variação na variável dependente explicada pelo modelo (de um valor mínimo de 0 a um máximo de aproximadamente 1).

Estes são descritos como pseudo estatísticas de R<sup>2</sup>, em vez dos verdadeiros R<sup>2</sup> que só são fornecidos na regressão linear múltipla.

Neste exemplo, os dois valores são 0,146 e 0,216, sugerindo que entre 14,6% e 21,6% da variabilidade é explicada por este conjunto de variáveis.

Tabela 19: Sumário do Modelo

Step	-2 Log Likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	311,057a	,146	,216

A próxima tabela a considerar é a tabela de classificação que nos fornece uma indicação de quão bem o modelo é capaz de prever a categoria correta (Infelizes / Felizes) para cada caso.

Podemos comparar isto com a tabela de classificação apresentada para o Bloco 0, para ver a melhoria que há quando as variáveis preditoras são incluídas no modelo.

O modelo classificou corretamente 79,2% dos casos em geral (às vezes referido

como o percentual de precisão na classificação), uma melhora em relação aos 76,9% referidos no Bloco

0. Os resultados exibidos neste quadro também podem ser usados para se calcular a estatística adicional que muitas vezes se vê relatado na literatura médica.

A sensibilidade do modelo é a percentagem do grupo que tem a característica de interesse (neste caso, a infelicidade) que foi identificada com precisão pelo modelo (os verdadeiros positivos). Neste exemplo, o modelo classificou corretamente 95% das pessoas Infelizes.

A especificidade do modelo é a percentagem do grupo sem a característica de interesse (neste caso, felizes) que é corretamente identificado (verdadeiros negativos).

Neste exemplo, a especificidade apresenta um valor de 21% (idosos felizes corretamente identificados pelo modelo).

O valor preditivo positivo é a percentagem de casos que o modelo classifica como tendo a característica que é realmente observada neste grupo.

Para calcular este valor temos de dividir o número que se encontra no cruzamento de casos no previsto com observados (252 sente-se infeliz) pelo número total na previsão =  $(60 + 249 = 309)$  e multiplicar por 100 para dar uma percentagem. Isto dá 246 divididos por 309 x 100 = 79,6 por cento. Portanto, o valor preditivo positivo é de 79,6%, indicando as pessoas que o nosso modelo prevê serem infelizes.

O valor preditivo negativo é a percentagem de casos de felicidade reais entre aqueles que o modelo classificou como infelizes. No estudo, os valores necessários da tabela de classificação são: 18 dividido por  $(18 + 10) \times 100 = 64,3$  por cento, Portanto, o valor preditivo negativo é de 64,3%, indicando as pessoas que o nosso modelo prevê serem felizes.

Tabela 20 Tabela de Classificação do Bloco 1

		Preditivo		
		Felicidade		
		4,84+	<= 4,83	% correto
Observa		(sente-se feliz)	(sente-se infeliz)	
	4,84+ (sente-se feliz)	18	60	23,1
	Felicidade <= 4,83 (sente-se infeliz)	10	249	96,1
Step	Percentagem geral			79,2
1				

A tabela das variáveis na equação fornece informações sobre a contribuição ou importância de cada uma das variáveis preditoras. O teste que é usado aqui é conhecido como o teste Wald. As variáveis que contribuem significativamente para a capacidade preditiva do modelo são SWLSTOTAL, LOTTOTAL, MHI-5-Soma, ViveSozinho e Como avalia a sua saúde ( $p < 0,05$ ). Quanto aos valores de B (coeficientes da regressão) podemos verificar que há valores positivos ou negativos, o que está relacionado com a direção da relação (quais fatores aumentam a probabilidade de uma resposta sim e quais fatores a diminuem). Quando “0” corresponde à ausência da característica, e “1” à presença da característica, os valores B negativos indicam que, no caso de um preditor quantitativo, um aumento na pontuação da variável independente resultará numa probabilidade reduzida do caso registar uma pontuação de 1 na variável dependente (indicando a presença de sentimentos de infelicidade). Na tabela o otimismo (LOTMÉDIA) apresentou um valor B negativo (-.417), o que indica que quanto mais otimista, menos provável é que eles relatem sentimentos de infelicidade. O mesmo acontece para as estratégias de *coping* (-0,482) no entanto não são estatisticamente significativos. No caso das variáveis categóricas a análise é feita pela categoria identificada pelo autor como sendo a categoria de referência, ou se não quiser selecionar uma categoria de referência o software escolhe a última por defeito. A outra informação útil na tabela Variáveis na Equação é fornecida na coluna Exp (B). Esses valores são os odds ratios (OR) para cada uma das suas variáveis independentes. De acordo com Tabachnick e Fidell (2007), o odds ratio representa a mudança nas probabilidades de estar numa das

categorias do resultado quando o valor de um preditor aumenta em uma unidade. No nosso estudo, as pessoas que estão sob resposta social (Frsocail) tem 6,31 vezes mais chance de serem infelizes do que as que estão na comunidade.

Tabela 21: Variáveis na Equação

	B	S	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
FelicidadeMédia	-,135	,1	,643	1	,423	,873	,627	1,216
WHOQOLMÉDIA	-,084	,2	,139	1	,710	,919	,589	1,434
SWLSMÉDIA	,132	,1	,687	1	,407	1,141	,835	1,559
LOTMÉDIA	-,417	,3	1,409	1	,235	,659	,331	1,312
COPINGMÉDIA	-,482	,2	2,946	1	,086	,617	,356	1,071
AUTOESTIMAMÉDIA	,275	,4	,461	1	,497	1,317	,595	2,917
PANASPOSITIVOMEDIA	,006	,2	,000	1	,983	1,006	,597	1,694
PANASNEGATIVOMEDIA	,158	,2	,374	1	,541	1,171	,706	1,942
INICIATIVAMEDIA	-,082	,1	,268	1	,605	,921	,674	1,258
CAMINHOSMEDIA	,077	,1	,511	1	,475	1,080	,874	1,334
TMHI5	,000	,0	,000	1	,985	1,000	,977	1,023
Frsocail(1)	1,842	,6	8,797	1	,003	6,312	1,868	21,325
Sexo(1)	-,323	,3	,778	1	,378	,724	,354	1,483
Hab			1,835	4	,766			
Hab(1)	,167	,6	,068	1	,794	1,182	,338	4,128
Hab(2)	,547	,5	,930	1	,335	1,728	,569	5,250
Hab(3)	,356	,8	,198	1	,656	1,428	,297	6,852
Hab(4)	,142	,7	,032	1	,857	1,152	,245	5,411

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Ecivil			1,10	3	,687			
Ecivil(1)	,880	,863	1,03	1	,308	2,411	,444	13,007
Ecivil(2)	,180	,611	,087	1	,768	1,198	,361	3,968
Ecivil(3)	,493	,581	,718	1	,397	1,637	,524	5,114
ViveSozinho(1)	,343	,385	,793	1	,373	1,409	,663	2,995
Tem(1)	-,011	,616	,000	1	,985	,989	,296	3,306
Vê(1)	,579	,338	2,03	1	,087	1,785	,920	3,463
Sente			2,02	2	,364			
Sente(1)	-,558	,508	1,20	1	,272	,573	,212	1,540
Sente(2)	,037	,395	,009	1	,926	1,037	,478	2,251
Há12(1)	1,246	,706	3,11	1	,078	3,477	,871	13,874
Há12a			1,19	2	,550			
Há12a(1)	,267	,391	,464	1	,496	1,306	,606	2,812
Há12a(2)	,720	,690	1,08	1	,297	2,055	,531	7,943
Como			1,68	2	,431			
Como(1)	,757	,587	1,66	1	,197	2,132	,675	6,733
Como(2)	,337	,399	,715	1	,398	1,401	,641	3,061
Considera			1,70	3	,617			
Considera(1)	1,044	,903	1,33	1	,248	2,840	,484	16,670
Considera(2)	,130	,562	,053	1	,818	1,138	,379	3,423
Considera(3)	-,017	,476	,001	1	,971	,983	,387	2,490
Constant	-1,425	2,13	,446	1	,504	,240		

a. Variable (s) entered on step 1: FELICIDADEMÉDIA, WHOQOLMÉDIA, SWLSMÉDIA, LOTMÉDIA, COPINGMÉDIA, AUTOESTIMAMÉDIA, PANASPOSITIVOMEDIA, PANASNEGATIVOMEDIA, INICIATIVAMEDIA, CAMINHOSMEDIA, TMHI5, Frsocail, Sexo, Hab, Ecivil, ViveSozinho, Tem, Vê, Sente, Há12, Há12a, Como, Considera.

Conclusão, utilizando o modelo de regressão logístico múltiplo, verificou-se que o melhor modelo para representar a felicidade, é o modelo com a variável explicativa: estar sob resposta social (Frsocail) com 6,31 vezes mais hipóteses de serem infelizes do que as que estão na comunidade.

**CAPÍTULO III - DISCUSSÃO DOS  
RESULTADOS**

## 1. Interpretação e implicações

Após a apresentação dos resultados do estudo empírico (Parte II) efetuamos de seguida a discussão dos mesmos, procurando lê-los com base no enquadramento teórico-conceitual, evidenciando os seus significados e retirando as implicações teóricas, empíricas e práticas.

Para a concretização dos objetivos propostos neste estudo, e no interesse em realizar uma análise de dados numéricos obtidos a partir da recolha efetuada na amostra da população, adotou-se uma metodologia quantitativa, descritiva-correlacional e transversal. De modo a conhecer a população em estudo, e a analisar a influência de um conjunto de variáveis (sociodemográficas, relacionais, emoções positivas, crenças religiosas, princípios e valores pessoais e variáveis clínicas) sobre a felicidade nas pessoas idosas, recorreremos à versão WHOQOL-SRPB (escalas validadas e traduzidas para a população portuguesa) e a um Questionário Sociodemográfico contruído prepositadamente para este estudo, composto com itens relativos à idade, género, estado civil, habilitações académicas, classe social, recursos sociais e perceções dos inquiridos quer a nível do apoio familiar quer a nível da saúde.

O presente estudo, de carácter transversal, procurou relacionar as variáveis que compõem as hipóteses e descrever as mesmas. Para o efeito, procedeu-se ao cálculo das frequências absolutas (N) e percentuais (%), medidas de dispersão (Desvios de padrão - DP) e medidas de tendência central (Médias). Para verificar a consistência interna da amostra, utilizou-se o coeficiente *Alfa* de *Cronbach*, cujos valores encontrados testemunham uma boa fidedignidade do instrumento aquando da utilização do coeficiente *Split-Half*, já que ultrapassa o valor mínimo de 0,70 sugerido por Nunnally (1978, cit. in Rego, 2001) e o coeficiente *Split-Half*, nas ciências sociais ( $\alpha=0.60$ ) é considerado aceitável desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com precaução e tenham em conta o contexto de computação do índice (DeVellis, 1991).

Esta análise de consistência interna foi efetuada para os questionários de itens múltiplos que medem a felicidade. Relativamente à escala de Felicidade Subjetiva, apurámos um *alfa Cronbach* de 0.66. Na WHOQOL um *alfa* de *Cronbach* para o domínio percepção da saúde e sentimentos positivos de 0.46, o domínio crenças



religiosas o *alfa* de *Cronbach* é de 0.87. Na Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) o *alfa* de *Cronbach* foi igual ao resultado reportado na escala original 0.85. No Revised Life Orientation Test- (LOT-R) o *alfa* de *Cronbach* é de 0.63. No Brief Resiliente Coping Scale (BRCS) o *alfa* de *Cronbach* foi 0.79. E por último na Escala de Auto-estima de Rosenberg (RSA) o *alfa* de *Cronbach* foi de 0.82, e na Mental Health Inventory-5 (MHI-5) um *alfa* de *Cronbach* de 0.84.

Comparando os resultados que obtivemos com os resultados que os autores das escalas obtiveram, verificamos que, os resultados obtidos garantem a qualidade das escalas em termos das características psicométricas, mais concretamente o nível da fiabilidade. O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente através do programa IBM SPSS (versão 23).

Relativamente às características demográficas da nossa amostra a idade média dos inquiridos foi de 78 anos, sendo mais expressivo o número de mulheres (n =290) do que homens (n=97) na sua maioria viúvos e residem sós. Conseguimos apurar uma perceção positiva quanto ao apoio de familiares e amigos, sendo que os filhos se apresentam como os mais cuidadores. Quanto ao nível de escolaridade, a maior percentagem dos respondentes, diz não saber ler nem escrever ou têm o nível da 4ª classe e referem que consideram pertencer à classe média/média-baixa.

De modo geral, os idosos em estudo, apresentam índices positivos de qualidade de vida sendo estes superiores nas mulheres, em que a maior parte delas se percebe como tendo uma vida com alguma qualidade, enquanto haverá homens que se percebem como tendo uma vida de menor qualidade. Já em relação à satisfação com a vida, não encontramos diferenças significativas entre os sexos, conforme evidenciado nos resultados do estudo de Becalli (2014) os quais revelaram a inexistência de diferenças significativas entre os sexos, no que respeita às emoções positivas na relação com a satisfação com a vida, embora os participantes do sexo feminino apresentem uma média ligeiramente abaixo da média total e os do sexo masculino, ligeiramente acima da média total, próximos dos valores propostos por Diener (2003).

Relativamente ao Teste Orientação para a Orientação para a Vida, os resultados revelam que a média do sexo masculino é ligeiramente superior à feminina e o mesmo se verifica quanto à Escala Breve de Coping Resiliente. Também na Escala de Autoestima de Rosenberg os inquiridos do sexo feminino apresentam uma média

inferior quando comparados com o total dos respondentes do sexo masculino. Os dados indicam uma percepção média de autoestima elevada, existindo participantes de ambos os sexos que obtiveram a cotação máxima, indicadora de autoestima muito elevada. Segundo Pais-Ribeiro e Morais (2010), podemos comparar que em média as pessoas do sexo feminino apresentam baixa resiliência em relação às do sexo masculino e a percepção de Auto-Estima é elevada em ambos os sexos, o que nos sugere que os inquiridos de ambos os sexos, expressam uma atitude predominantemente afetiva em relação a si mesmos de acordo com Rosenberg (1965).

Verificamos que na subescala Afetividade Positiva o sexo feminino apresenta uma média inferior ao sexo masculino, enquanto na subescala Afetividade Negativa ocorre o inverso. Na Escala de Esperança verificamos que, em ambas as subescalas, o sexo feminino apresenta uma média inferior relativamente ao sexo masculino e ao total da amostra. No Inventário de Saúde Mental os inquiridos do sexo feminino apresentam uma pontuação final média inferior em comparação com os do sexo masculino. Na escala da Felicidade Subjetiva os inquiridos do sexo feminino apresentam uma pontuação média inferior quando comparadas com o total dos respondentes ou com os do sexo masculino.

Os resultados sugerem-nos haver uma correlação do bem-estar subjetivo com a avaliação que os indivíduos têm sobre a vida, quer seja em relação à satisfação com a mesma, ou às suas reações emocionais. A cotação média quer em relação à afetividade positiva quer em relação à afetividade negativa ou entre os sexos, é análoga e não muito elevada. A variável esperança indica-nos a presença de confiança na capacidade de eficácia futura, embora a variável saúde mental nos indique presença de disposição a ligeiros comportamentos depressivos. Os indivíduos que acreditam ter autocontrolo das suas vidas tem maiores níveis de bem-estar subjetivo que se traduz em felicidade, em relação aos que acreditam que a sua vida é fruto do acaso ou controlada por terceiros, conforme os estudos de Klonowicz (2001). De facto a variável Saúde Mental permitiu-nos avaliar o “distress psicológico e o bem-estar na população em geral” como refere o autor Pais-Ribeiro (2011). Se os pontos de corte mencionados por Pais-Ribeiro (2010) se replicassem na população portuguesa, poderíamos concluir que em média a população apresenta sintomatologia depressiva moderada.

Em síntese, os respondentes percebem-se como possuindo uma qualidade de vida positiva, embora não elevada, principalmente os do sexo feminino e apresentam-se mediamente satisfeitos com a sua vida. Parece-nos que o nível de escolaridade e educação, não apresentaram correlação com a felicidade, conforme demonstrado em anteriores (Rodrigues & Silva (2010). Por sua vez, Braga (2013) constatou que quanto mais habilitações literárias menores são as estratégias de *coping* religioso e espiritual positivo utilizadas na sua vida quotidiana.

A qualidade de vida de uma pessoa e o seu bem-estar subjetivo podem ser determinados, por um lado, pelos seus pensamentos e emoções, e pela forma como percebe e concebe o mundo. Os indivíduos descrevem-se mais como felizes do que como infelizes e a felicidade é o protótipo das emoções positivas (Myers, 2015).

Esta percepção assenta num otimismo disposicional e resiliência ligeiramente positivos (mais baixos no sexo feminino) o que corrobora a interpretação efetuada nos seus estudos, por Pais-Ribeiro e Morais (2010), segundo os quais, as mulheres apresentam baixa resiliência comparadas com os homens e pareçam existir sinais de depressão. Uma explicação possível é o facto de nas emoções negativas as mulheres viverem mais intensamente as emoções do que os homens, e por isso aparecem frequentemente representadas nos extremos das escalas de bem-estar. Estudos revelam a existência de uma relação forte entre emoções positivas e maior satisfação com a vida, sugerindo que as pessoas felizes se tornam mais satisfeitas não apenas porque se sentem melhor, mas porque conseguem desenvolver recursos para viver bem (Becalli, 2014).

Da análise dos resultados, verificamos a existência de relações significativas com algumas variáveis, tais como, as relações sociais, sensação de poder percebido, bem-estar físico, resiliência, e qualidade de vida, demonstrado nos estudos de Batista et al. (2010).

Nas variáveis religiosidade, otimismo e esperança para o futuro, percebemos que os inquiridos consideram ter uma qualidade de vida satisfatória, refletindo-se mais no sexo feminino, todavia, as estratégias de *coping* no sexo feminino são mais baixas comparativamente com o sexo masculino. Segundo Peterson (2000) o otimismo é uma das variáveis mais relevantes do futuro, e que o mais importante do que evitar o pessimismo, é “educar-se para o otimismo”, os resultados serão eficientes e

duradouros.

Estudos de (Brooks & Matthews, 2000), mostram uma correlação entre a espiritualidade e religiosidade e a honestidade, bem-estar, felicidade, satisfação com a vida, auto-respeito, saúde mental.

Outros estudos (Braga, 2013), referem que os indivíduos que se assumem como espirituais conseguem suportar mais os sintomas negativos da saúde física e mental e conseqüentemente uma diminuição da sua sintomatologia.

Esta associação parece relacionar-se com a auto avaliação da sua saúde, considerada pela maioria dos idosos como razoável e consideram-se ativos, o que corrobora investigações anteriores, segundo as quais o otimismo tem estado associado a altos níveis de estratégias de  *coping*  e a níveis baixos de ajustamento e está associado a medidas proativas para proteger a saúde, enquanto o pessimismo está associado a comportamentos prejudiciais à saúde e conseqüentemente encontra-se relacionado com indicadores de melhor saúde física (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010).

Os resultados mostram-nos que, as pessoas caracterizam a sua vida por terem alguma qualidade de vida e encontram-se satisfeitos com a sua vida. Esta percepção relaciona-se com o otimismo e resiliência ligeiramente positivos, com a autoestima elevada e é influenciada por índices de afetividade positiva e negativa médios e alguma confiança no futuro.

Num quadro de envelhecimento global sem paralelo na história humana, temos de reconhecer que existe uma grande diversidade entre os mais idosos. Apesar de se ter vindo a testemunhar um aumento de interesse pelas questões relacionadas com o envelhecimento, precisamos de acompanhar este momento, no sentido de assegurar a visibilidade das pessoas idosas na implementação de respostas distintas. Posto isto, urge mobilizar o Estado, a Sociedade e as Famílias para o desenvolvimento de soluções adequadas, para a criação de estruturas ao nível económico, social e de saúde, de modo a colmatar as falhas existentes e conseqüentemente contribuírem para a promoção de um envelhecimento bem-sucedido, rumo à felicidade.

Pensamos ter contribuído para o enriquecimento do conhecimento científico acerca do tema felicidade e aspetos a esta subjacente. Por fim, este estudo constituiu um contributo para o conhecimento dos idosos.

Dada a importância do tema, considera-se que muito há ainda que percorrer no campo da investigação nesta área sendo, portanto, um campo fértil de trabalho para outros investigadores. Assim, terminamos, lançando o desafio para que futuras investigações venham a recorrer a amostras mais amplas, e demograficamente mais abrangentes.

## **2. Limitações**

Este estudo apresenta algumas limitações, que se prendem à condição temporal e características do próprio estudo.

Nesta investigação constatou-se o facto de um grande número de pessoas idosas apresentarem demência, tendo dificultado a constituição de uma amostra significativa para o estudo. Por sua vez, a fraca ou ausência de literacia dos idosos, dificultou uma participação mais ativa, pelo que, poderíamos ter selecionado os idosos pelo nível de habilitações.

Outra das limitações, prende-se ao facto do instrumento ser extenso e com escalas muito extensas pelo que, achamos que seria oportuno construir um instrumento que englobasse, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida, emoções positivas, auto-estima, religiosidade e saúde mental.

Outra das limitações, é o facto do instrumento ser extenso e com escalas muito extensas, pelo que seria oportuno construir um instrumento que englobasse, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida, emoções positivas, auto-estima, religiosidade e saúde mental.

Por último, consideramos, igualmente importante, a realização de um teste-reteste, com intervalo de 6 meses, de forma a comparar coeficientes de correlação.

Apesar das limitações identificadas, e de outras que possam vir a ser apontadas, o estudo realizado permitiu identificar variáveis relevantes para o desenvolvimento da temática da felicidade das pessoas em idades avançadas.

## **Considerações finais**

Esta dissertação de doutoramento assumiu como objetivo identificar os preditores da felicidade nas idades avançadas.

Para tal esta análise apoiou-se num conjunto de variáveis sociodemográficas, relacionais, clínicas e variáveis que avaliam as emoções positivas, no que concerne à percepção da felicidade.

Para a prossecução do objetivo proposto, realizou-se em primeiro lugar, uma revisão de literatura, onde começamos por clarificar o conceito de felicidade (terminologia e construções) e a influência das variáveis pessoais e situacionais sobre a mesma. Além disso, fazemos uma análise histórica sobre o processo do envelhecimento, contextualizando e analisando os valores que subjazem ao seu processo.

Na literatura deparamos com várias definições sobre a felicidade, e nelas são sempre mencionados estados emocionais positivos onde emergem sentimentos de bem-estar e prazer, nas quais estão envolvidas, características biográficas, sociais e psicológicas.

A esperança de vida variou muito ao longo do tempo. Num contexto de espetacular aumento da duração média de vida, o exemplo de Portugal é sintomático, em que o número de centenários, durante o século XX, se manteve praticamente estável. O fenómeno do envelhecimento passa a ser evidenciado positivamente para o desenvolvimento humano e pensa-se a velhice como uma questão pública e não como um problema social.

O trabalho empírico envolveu a realização de três estudos, com a aplicação de um questionário Sociodemográfico (idade, sexo, situação conjugal, habilitações literárias, classe social, os recursos sociais e percepções dos inquiridos quer a nível do apoio familiar quer a nível da saúde), da WHOQOL-SRPB, Escala de avaliação da percepção da saúde, sentimentos positivos, crenças religiosas e valores pessoais, Escala de Satisfação com a Vida, Escala de

Orientação para a Vida, Escala Breve de Coping Resiliente, Escala de Autoestima de Rosenberg, Lista de Afetos Positivos e Negativos, Escala de Esperança e Inventário de Saúde Mental.

Deste estudo empírico, retiraram-se alguns resultados. Verificamos que os

participantes apresentam índices positivos de qualidade de vida, sendo estes superiores nas mulheres. Também se conclui que, de modo geral, consideram ter uma qualidade de vida satisfatória e a noção de satisfação, encontra-se na média. Foi também possível concluir que relativamente à percepção do apoio familiar recebido, manifestaram-se altamente satisfeitos. Quanto à percepção da sua própria saúde, a maioria dos inquiridos considera-na razoável e reconhecem-se ativos.

Os resultados indicam-nos que quanto mais otimistas, é menos provável que relatem sentimentos de infelicidade. O mesmo acontece para as estratégias de coping (-0,482) no entanto não são estatisticamente significativos. Verificou-se um otimismo disposicional ligeiramente acima da média e com maior variabilidade no sexo feminino. Já as percepções da capacidade de coping resiliente parecem ser mais baixas no sexo feminino, mas dentro da média avaliada para o sexo masculino.

Também a autoestima apresenta-se acima da média, havendo casos de cotação máxima que se traduzem em participantes com autoestima muito elevada, por oposição à afetividade positiva e negativa que não é muito elevada e com cotação análoga entre sexos.

A escala de esperança no futuro indica-nos a presença de confiança na capacidade de eficácia futura embora o inventário de saúde mental alerte para a presença de humores ligeiramente depressivos.

Utilizando o modelo de regressão logístico múltiplo, verificou-se que o melhor modelo para representar a felicidade, é o modelo com a variável explicativa: estar sob resposta social (Frsocail) com 6,31 vezes mais possibilidades de serem infelizes do que as que estão na comunidade.

Em síntese, os respondentes percebem-se como possuindo uma qualidade de vida positiva, embora não elevada, estando medianamente satisfeitos com a sua vida. Esta percepção assenta num otimismo disposicional e resiliência ligeiramente positivos, numa elevada autoestima e é influenciada por índices de afetividade negativa e positiva medianos e alguma confiança no futuro embora, especialmente nas mulheres, pareçam existir sinais de depressão. Efetuado o cruzamento dos resultados da escala da felicidade com os resultados da escala de satisfação com a vida (SWLS) e a análise dos caminhos (path analysis), verificamos a existência de uma relação forte entre ambos os conceitos, permitindo-nos concluir da capacidade explicativa das

variáveis em estudo. Quanto à felicidade não existem diferenças entre os sexos contudo os idosos portugueses parecem ser menos felizes que a população que deu origem aos valores normativos.



## Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A. S. & Trócoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2 (20), 153-164.
- Almeida, M. F. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis Coordenadas de Análise... *Forum Sociológico*, 17(2), 17-24.
- Anjos, V. N., Pocinho, M., Grasiña, A., Silva, J., Loureiro, L., Miranda, M., & Maia, M. R. (2016). Emoções e satisfação com a vida. In 2o Congresso Nacional Conversas de Psicologia (p. 11). Coimbra: APCDP.
- Antunes, H. K. M., Stella, S. G., Santos, R. F., Bueno, O. F. A., & Mello, M. T. (2005). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 27(4), 266-271.  
<http://doi.org/10.1590/S1516-44462005000400003>.
- Avanci, S., Assis, S., Santos, N. & Oliveira, R. (2007). Adaptação transcultural da Escala de Autoestima de Rosenberg para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405.
- Balancho, M. L. J. S. F. (2010). Concepções e razões de felicidade de pessoas a viver em condições de pobreza: *um estudo exploratório com beneficiários de Rendimento Social de Inserção dos Açore*. ISPA.
- Baltes, M., & Baltes, P. (1993). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.  
<http://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*.  
<http://doi.org/10.1159/000067946>.
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., & Baptista, M. I. (2014). Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): *evolução e perspectivas*. Fundação Francisco Manuel dos

Santos.

Barros, J. F. (2012). *Ser idoso: a importância dos grupos de terceira idade na afirmação e na construção da identidade social das pessoas idosas*. Universidade de Santa Cruz do Sul.

Bartels, M., & Boomsma, D. I. (2009). Born to be happy? the etiology of Subjective well-being. *Behavior Genetics*, 39(6), 605–615. <http://doi.org/10.1007/s10519-009-9294-8>.  
Batista, M. S. F., Trovisqueira, A. M., & Positiva, P. (2010). O Otimismo à Luz da Psicologia Positiva: *Revisão Bibliográfica*, 1 – 34.

Becalli, M. S. F. da S. (2014). *Caminho para o Florescimento: satisfação com a vida, emoções positivas e otimismo em adultos*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Berger, L., Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Blazer, D. G. (2006). Cognitive Neuroscience of Aging: Linking Cognitive and Cerebral Aging. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 560–561. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.560>.

Braga, C. R. De. (2013). Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga, <http://ffcs.braga.ucp.pt/> (3).

Brooks, C. W., & Matthews, C. O. (2000). The Relationship Among Substance Abuse Counselors' Spiritual Well-Being, Values, and Self-Actualizing Characteristics and the Impact on Clients' Spiritual Well-Being. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 21(1), 23–33. <http://doi.org/10.1002/j.2161-1874.2000.tb00149.x>.

Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2013). *O Envelhecimento Activo em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, M.J. et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. S., & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade*. CEPCEP. Lisboa.

Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331–338.

<http://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>.

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181.

<http://doi.org/10.1037//0003-066X.54.3.165>.

Carvalho, V. S. T. (2014a). *A Felicidade e o Coping Pró-Ativo : Estudo Exploratório em Homens e Mulheres*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Carvalho, V. S. T. (2014b). *A Felicidade e o Coping Pró-Ativo : Estudo Exploratório em Homens e Mulheres*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Retrieved from <http://hdl.handle.net/10437/6015>.

Carver, C. S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879–889. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>.

Chan, Y. K., & Lee, R. P. L. (2006). Network size, social support and happiness in later life: A comparative study of Beijing and Hong Kong. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 87–112. <http://doi.org/10.1007/s10902-005-1915-1>.

Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and Individual Differences*, 34(6), 921–942. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00078-8](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00078-8).

Cohn, M. a, Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Conway, A. M., & Mikels, J. a. (2009). Satisfaction by Building Resilience. *Emotion Washington Dc*, 9(3), 361–368. <http://doi.org/10.1037/a0015952.Happiness>.

Corcoran, K., & Fischer, J. (2000), Measures for clinical practice: A sourcebook (3rd ed., Vol. 1). New York: *The Free Press*.

Cotralha, N.R. (2007). *Adaptação psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes*. Lisboa: Dinalivro.

Coyne, J.C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationship in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 45.

Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality--the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42(5), 613–620.

<http://doi.org/10.1093/geront/42.5.613>.

Csikszentmihalyi, M. (1982). Toward a psychology of optimal experience. In *Flow: The Psychology of Optimal Experience* (pp. 13–36) <http://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8>.

Csikszentmihalyi, M. (2014). *Flow and the Foundations of Positive Psychology*. Dordrecht: Springer Netherlands. <http://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8>.

Csikszentmihalyi, M. (1991). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. *Academy of Management Review*. <http://doi.org/10.5465/AMR.1991.4279513>.

Debates, T. e (Ed.). (2004). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa de Vários* (reimpressã).

Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The Eudaimonic and Hedonic Components of Happiness: Qualitative and Quantitative Findings *Social Indicators Research*, 100(2), 185–207. <http://doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5>.

DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 1 (55), 34-43.

Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being *Applied Research in Quality of Life*, 1, 151–157. [doi:10.1007/s11482-006-9007-x](http://doi.org/10.1007/s11482-006-9007-x).

Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will Money Increase Subjective Well-Being? A Literature Review and Guide to Needed Research. *Social Indicators Research*, 57(2), 119–169. <http://doi.org/10.1023/A:1014411319119>.

Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2003). Findings on subjective well-being and their implications for empowerment. *Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives*, 1–6.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. <http://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901-13>.

Diener, E., & Lucas, R. (2008). Subjective emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 471–484). New York:

Guilford.

Diógenes de Madeiros, E., Mesquita do Nascimento, A., Evangelista Mariano, T., Silva Sales, H. F., & Bezerra de Madeiros, P. C. (2014). Escala de Felicidade de Lima: Validade Fatorial e Consistência Interna. *Psicologia Em Pesquisa*, 8(2), 150–158. <http://doi.org/10.5327/Z1982-1247201400020004>.

Dorn, D., Fischer, J. A. V., Kirchgässner, G., & Sousa-Poza, A. (2007). Is It Culture or Democracy? The Impact of Democracy and Culture on Happiness. *Social Indicators Research*, 82(3), 505–526. <http://doi.org/10.1007/s11205-006-9048-4>.

Drachman, D. A. (1997). Aging and the brain: a new frontier. *Annals of Neurology*, 42(6), 819–828.

Ellerhorst-Ryan JM 1996. Instruments to measure spiritual status, pp. 145-153. In B Spilker (ed.). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Lippincott-Raven, Filadélfia.

EuroHealthNet. (2012). *Healthy and active ageing. EuroHealthNet* (Vol. 30).  
Felicissimo, F. B., Correia, G., Ferreira, L., Soares, R. G., & Ronzani, T. M. (2013). Estigma internalizado e autoestima : uma revisão sistemática da literatura 1. *Revista Psicologia: Teoria E Prática*, 15 (1), 116 –129.

Fernandes, M. G. M., & Santos, S. R. (2007). Políticas públicas e direitos do idoso. *Achegas.net*, 34, 49–60. Retrieved from [http://www.achegas.net/numero/34/idoso\\_34.pdf](http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf).  
Fernandes, S. L., & Tomanik, E. A. (2009). Desconstruindo a terceira idade e configurando novos modos de envelhecer. In *Psicologia social e políticas de existência: fronteiras e conflitos*. XV encontro da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO). Retrieved from [http://abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=350](http://abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com_content&task=view&id=350).

Ferraz, R. B., Tavares, H., & Zilberman, M. L. (2007a). Felicidade: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 234–242. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832007000500005>.

Ferraz, R. B., Tavares, H., & Zilberman, M. L. (2007b). Felicidade: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 234–242. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832007000500005>.

Ferraz, R. B., Tavares, H., & Zilberman, M. L. (2007c). Felicidade: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 234–242.

<http://doi.org/10.1590/S0101-60832007000500005>.

Ferreira, A. J., Stobäus, C. D., Goulart, D., & Mosquera, J. J. M. (2012). Educação e Envelhecimento. *Saudi Med J* (Vol. 33). Porto Alegre: ediPUCRS.

<http://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>.

Ferreira, M. A. (2013). *Tecnologia e felicidade em economias desenvolvidas e em desenvolvimento: brasil e estados unidos*. Universidade Federal de Viçosa.

Figueira, A. R. (2010). *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas: a UCCC do HJLC*. Universidade de Aveiro. Retrieved from

[http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3755/1/Dissert Antero2010.pdf](http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3755/1/Dissert%20Antero2010.pdf).

Fleck, M., Lima, A. F., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. & Camey, S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev.Saúde Pública*, 36(4), 431-438.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Folkman, S., Lazarus, R.L., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Fonseca, A. M. (2004). *Uma Abordagem psicológica da “passagem à reforma” : Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Universidade do Porto. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9776>.

Fonseca, A. M. (2006). *o envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, R. P., Trentini, C. M., Valli, F., & Silva, R. A. N. (2008). Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. *Ciência & Saúde Coletiva*. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400024>.

Forlenza, O. V. (2005). Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300006>.

Formosa, M. (2009). Renewing universities of the third age: challenges and visions for the future. *RECERCA*, 171–196.

Frank, R. H. (2004). How not to buy happiness. *Daedalus*.

<http://doi.org/10.1162/001152604323049415>.

Frank, R. H. (2015). Prospering May Not Make People Happier , but *It May Make Them Healthier*. N, pp. 5–6.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56(3), 218–26. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3122271&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Freire, S. A., Resende, M. C., & Rabelo, D. F. (2012). Enfrentando mudanças no envelhecimento : o modelo de seleção, otimização e compensação. *Perspectivas Em Psicologia*, 16 (1), 190–211.

Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescents. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 38(5), 184–188. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832011000500003>.

Freire, S.A. (2000). *Envelhecimento bem- sucedido e bem- estar psicológico*. São Paulo: Papyrus.

Freitas, T. C. C. C. de. (2011). *Meditação Mindfulness para Promoção de Coping e Saúde Mental : Aplicação clínica e em presídio*. Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Fried, L. P. (1992). Conference on the physiologic basis of frailty. April 28, 1992, Baltimore, Maryland, U.S.A. Introduction. *Aging (Milan, Italy)*, 4(3), 251–2. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1420409>.

Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103–110. <http://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>.

Gardner, P. J. (2006). Envelhecimento saudável : uma revisão das pesquisas em Lingua Inglesa. *Movimento Em Foco*, 12(2), 69–92.

Giacomoni, C. H. (2004). *Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida*, 12(1), 43–50.

Giannetti, E. (2002). *Felicidade: Diálogos Sobre o Bem-Estar na Civilização*. São Paulo: Companhia das Letras.

Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & M.Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & ...*, 7(1), 139. Retrieved from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645->

00862006000100012&script=sci-arttext.

Gonçalves, D. (1990). *Terapia Comportamental: modelos teóricos e manuais terapêuticos*, Porto: *Edições Jornal de Psicologia*.

Governo de Portugal. (2014). *Portugal 2020 - Acordo de Parceria 2014-2020*.

Guerra, A. C. L. C., & Caldas, C. P. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*.  
<http://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600031>.

Harman, D. (1992). Free radical theory of aging. *Mutation Research*, 27, 257-266.

Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, 117(1), 32–60. <http://doi.org/10.1037/a0017668>.

Heller, D., Watson, D., & Ilies, R. (2004). The Role of Person Versus Situation in Life Satisfaction: A Critical Examination. *Psychological Bulletin*, 130(4), 574–600.  
<http://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.574>.

Hutz, C. (2000). Adaptação brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Curso de Pós-Graduação em Psicologia*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Mimeo.

Kahneman, D. (2003). Objective Happiness. *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. Retrieved from  
<http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=3toRUh4L12EC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Objective+Happiness&ots=mFet-ay81Z&sig=kGGDv-qh5RaF6Wi63x8R2qSTays>.

Kahneman, D., Krueger, A. B., Schkade, D., Schwarz, N., & Stone, A. A. (2006). Would You Be Happier If You Were. *Science*, 312(JULY), 1908–1910.  
<http://doi.org/10.1126/science.1129688>.

Keyes, C. L. M. (Ed.). (2013). *Mental Well-Being*. Dordrecht: Springer Netherlands.  
<http://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8>.

Klonowicz, T. (2001). Discontented people: reactivity and locus of control as determinants of subjective well-being. *European Journal of Personality*, 15(1), 29–47.  
<http://doi.org/10.1002/per.387>.

Lent, R. (2002). *Cem Bilhões de neurônios*. S50 Paulo: Ed. Atheneu.  
<http://doi.org/10.5040/9781408162767.00000022>.

Linn, R., & Erickson, F. (1990). *Quantitative Methods Qualitative Methods: A*



*Project of the American Educational Research Association*. New York: Macmillan.

Loureiro, H., Camarneiro, A., Mendes, A., Fernandes, A., Fonseca, A., Veríssimo, M., Pedreiro, A. T. (2013). Envelhecimento ativo.: Reativa um programa promotor de um envelhecimento ativo. XIII *Curso Pós-Graduado Em Envelhecimento - Geriatria Prática*. ESENFEC.

Lyubomirsky, S. (2013a). *The myths of happiness: What should make you happy, but doesn't*. Penguin.

Lyubomirsky, S. (2013b). *The myths of happiness: What should make you happy, but doesn't, what shouldn't make you happy, but does*. Penguin.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*.  
<http://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>.

Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 26, 239-249. doi:10.1037//0003-066X.56.3.239.

Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.

Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kusulas, J. W., Hervig, L. K. & Vickers, R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1067-1074.

Martins, R. M. L. (1998). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, Ciência E Tecnologia*, (1998), 126-140.

Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, 39(171), 339-363.

Mendão, L. T. M. (2013). *O papel da Universidade Sénior de Elvas no quotidiano dos idosos*. IPP.

Medeiros, E. D., Nascimento, A. M., Tailson, E. M., Sales, H. F. S., & Medeiros, P. C. B. (2014). Escala de Felicidade de Lima: Validade Fatorial e Consistência Interna. *PsicologiaEmPesquisa*, 8(2), 150-158 <http://doi.org/10.5327/Z1982-1247201400020004>.

Minayo, M. C. de S., & Coimbra, C. E. A. (2004). Antropologia, saúde e envelhecimento. *CadernosdeSaúdePública*(Vol.20).  
<http://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400032>.

Moody, H. R. (2006). *Aging: Concepts and controversies* (5<sup>a</sup> ed.) London: *Pine Forge Press*.

Moreira-Almeida, A., Lotufo-Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(919), 242–250.  
<http://doi.org/S1516-44462006000300018> [pii]~.

Motta, A. B. da. (2002). Envelhecimento e Sentimento do corpo. In *Antropologia, saúde e envelhecimento* (pp. 11–24). Rio de Janeiro: FioCruz. Retrieved from <http://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf#page=36>.

Myers, D. G. (1999). Close Relationships and Quality of Life. *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*, 374–391. Retrieved from [http://books.google.ch/books?hl=fr&lr=&id=3toRUh4L12EC&oi=fnd&pg=PA374&dq=Close+relationships+and+quality+of+life+myers&ots=mFdt-7t71\\_&sig=9VRRS9IdjUBJWT0kHczVBWW-FsI](http://books.google.ch/books?hl=fr&lr=&id=3toRUh4L12EC&oi=fnd&pg=PA374&dq=Close+relationships+and+quality+of+life+myers&ots=mFdt-7t71_&sig=9VRRS9IdjUBJWT0kHczVBWW-FsI).

Myers, D. G. (2015). *The Science of Happiness* (January-February 2007), 31(5), 1–6.

Neri, A. L. (2001). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In *Anais, 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*. Universidade Estadual de Campinas.

Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B . Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas Psicol.[online].*, 14(1), 17–34.

Neri, M. (2004). Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. *Psico-USF (Impresso)*, 109–110. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712004000100015&amp;script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712004000100015&amp;script=sci_arttext)

Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In: L. Almeida, R.

Santiago, P. Silva, O. Caetano, & J. Marques (Eds). *A Acção educativa: análise psico-social* (pp.105-117). Leiria, Portugal: ESEL/APPORT.

Nyamathi, A., Nandy, K., Greengold, B., & al., e. (2010). Effectiveness of Invention on Improvement of Drug. *Journal of Addicative Diseases*, 30 (1), pag.6-16

Nunnally, J.C. (1978) *Tests and measurements*. New York: McGraw-Hill.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill Inc.

Nunnally, J. & Bernstien, I. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. E. (2007). The Optimum Level of Well-Being:

Can People Be Too Happy? *Perspectives on Psychological Science*.

<http://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00048.x>

Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. E. (2007). The Optimum Level of Well-Being: Can People Be Too Happy? *Perspectives on Psychological Science*.

<http://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00048.x>

Pais-Ribeiro, J. (2001). Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 77-99.

Pais-ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule ( PANAS ): I – *Abordagem teórica ao conceito de afecto* (\*), 2, 209–218.

Pais Ribeiro, J. & Pedro, L. (2006). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do otimismo (escala de orientação para a vida – revista) em doentes com esclerose múltipla. In I. Leal, J. Ribeiro & S. Jesus (Eds.), *Atas do 6º Congresso Nacional de Psicologia: Saúde, Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp. 133-139). Lisboa: ISPA Edições.

Pais Ribeiro, J., & Morais, R. (2010). Adaptação Portuguesa da Escala Breve de Coping Resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, (11), 1, 5-13.

Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Validação transcultural da escala de felicidade subjectiva de lyubomirsky e lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 157–168.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*.

Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the Pavot, W., & Diener, E. (2009). *Review of the Satisfaction With Life Scale*. In E. Diener (Ed.), *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (Vol. 39, pp. 101–117). Dordrecht: Springer Netherlands. <http://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4-5>.

Pereira, B. S., Lalande, C. G., Antunes, J. D., Moura, M. C. & Chendo, M. I. (2008). Depressão em Professores. *Saúde Mental*, 10 (4), 10-17.

Peterson, n. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55 (1, 44-45).

Pimentel, L. (2005). O Lugar do idoso na família (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Pina, O. C. A. (2013). *Envelhecimento Ativo em relação ao Género no Concelho de Viseu*. Universidade Católica Portuguesa.

Pocinho, M. T. S. (2007). *Factores socioculturais, depressão e suicídio no idoso Alentejano*. UniversidadedoPorto. Retrieved from <http://dspace.ismt.pt/xmlui/handle/1234>

5 6789/154.

Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia Em Estudo*, 10(3), 403–412. <http://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300008>.

Resende, M. C. de, & Neri, A. L. (2009). Psychological Adjustment and Personal Aging Perspective in Adults and Older Adults With Physical Disability. *Psicologia Em Estudo*, Maringá, 14(4), 767–776.

Rego, Arménio (2001). “Percepções de Justiça – Estudos de Dimensionalização com Professores do Ensino Superior” in *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Mai-Ago Vol. 17 n. 2, pp. 119-131.

Ribeiro, J.P. (2011). *Inventário de Saúde Mental* (1.ª ed). Lisboa: Placebo.

Ribeiro, J.L., & Marques, S. (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da escala de esperança (de futuro). In Leal, I, Ribeiro, J.L. P. & Jesus, S.N. (Edts). *Actas 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa: ISPA*, p.75-81.

Ribeiro, J.P. (2001). Mental health inventory: Um estudo de adaptação à população Portuguesa, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(19), pag. 77-99.

Rodrigues, A., & Silva, J. A. (2010). O papel das características sociodemográficas na felicidade. *Psico-USF (Impresso)*, 15(1), 113–123. <http://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100012>.

Rodrigues, D. M., & Pereira, C. A. A. (2007). The control perception as source of well-being. *Estudos E Pesquisas Em Psicologia*, 7, 541–556. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812007000300014 &nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000300014&nrm=iso).

Rojas-Barahona, C., Zegers, B. & Förster, C. (2009). La Escala de Autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica do Chile*, 137, 791-800.

Rosa, L. H. T. (2007). *Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil*. Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: *Princeton University Press*.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4),

433–440. <http://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2000). Successful aging and disease prevention. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 7(1), 70–77. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10672919>.

Santos, F. H. dos, Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia Em Estudo*, 14(1), 3–10. <http://doi.org/10.1590/S1413-73722009000100002>.

Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise fatorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.

Sato, W. (2016). Scientists' personality, values, and well-being. *SpringerPlus*, 5(1), 613. <http://doi.org/10.1186/s40064-016-2225-2>.

Scalco, D. L., Araújo, C. L., & Bastos, J. L. (2011). Autopercepção de felicidade e fatores associados em adultos de uma cidade do sul do Brasil: estudo de base populacional. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 24(4), 648–657. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722011000400004>.

Schaie, K. W., Willis, S. L., & Caskie, G. I. L. (2004). The Seattle longitudinal study: relationship between personality and cognition. *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section B, Aging, Neuropsychology and Cognition*, 11(2–3), 304–24. <http://doi.org/10.1080/13825580490511134>.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-228.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem) – a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.

Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *The American Psychologist*, 51(7), 702–714. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.51.7.702>.

Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). Reactive, anticipatory, preventive, and proactive coping: a theoretical distinction. *The Prevention Researcher*, 15(4), 22–25.

Schmitt, D. & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-642.

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26, 503-515.

Simoes, A., Ferreira, J, Lima, M, Pinheiro, M, Vieira, C, Matos, A., & Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjetivo dos adultos: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37 (1), 5-30.

Scortegagna, P. A., & Oliveira, R. C. (2012). Idoso: um novo ator social. In *Movimentos Sociais, Sujeitos e Processos Educativos*. IX ANPED SUL - Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. Retrieved from <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/schedConf/presentation>.

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538–542. <http://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

Seligman, M., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *The American psychologist* (Vol. 60).

Seligman, M. (2008). Positive health. *Applied Psychology*. <http://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x>.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2014). *Positive Psychology: An Introduction*. In *Flow and the Foundations of Positive Psychology* (pp. 279–298). Dordrecht: Springer Netherlands. [http://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8\\_18](http://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_18).

Seligman, M., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *The American psychologist* (Vol. 60).

Serrão, D. (2006). Sêniores: um novo estrato social. In Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti (Ed.), *Encontro de Intervenção social: Saberes e contextos* (pp. 129 – 137). Porto.

Silva, A. A. (2008). Alcoolismo em idosos. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, (10).

Silva, E. V., Martins, F., Bachion, M. M., & Nakatani, A. Y. K. (2006). Percepção

de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(1), 46–53. <http://doi.org/S1415-27622006000100009>.

Silva, H. S., Lima, Â. M. M., & Galhardoni, R. (2010). Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 14(35), 867–877.

Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjetivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37 (1), 5-30.

Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, & Oliveira, A. (2001). O bem -estar subjetivo dos idosos: *Fatores sociodemográficos e de personalidade. Modelos e Práticas em Educação de Adultos*, 301-320,Coimbra: NAPFA.

Sinclair, V. G., & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of brief resilient coping scale. *Assessment*, 10, 1-9.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., et al.(1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-58.

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>.

Stewart, M. E., Watson, R., Clark, A., Ebmeier, K. P., & Deary, I. J. (2010). A hierarchy of happiness? Mokken scaling analysis of the Oxford Happiness Inventory. *Personality and Individual Differences*, 48(7), 845–848. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.011>.

Stine-Morrow, E. A. L., & Chui, H. (2012). Cognitive Resilience in Adulthood. *In Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (Vol. 32, pp. 93–114). Springer Publishing Company. <http://doi.org/10.1891/0198-8794.32.93>.

Susana, V., & Carvalho, T. De. (2014). A Felicidade e o Coping Pró-Ativo : Estudo Exploratório em Homens e Mulheres A Felicidade e o Coping Pró-Ativo : *Estudo Exploratório em Homens e Mulheres*.

Tomasini, S. L. V., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Rbceh*, 4(1), 88–102.

Torrens, m. (2008). Quality of life as a means of assessing outcome in opioid dependence treatment. (Pacini, Ed.) *Heroin addiction & related clinical problems*, 12 (1), pag. 33-36.

Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742.

Veenhoven, R. (1991a). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24(1), 1–34. <http://doi.org/10.1007/BF00292648>.

Veenhoven, R. (1991b). Questions on Happiness. Classical topics, modern answers, blind spots. *Subjective Wellbeing, an Interdisciplinary Perspective*, 7–26.

Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 29-74.

Veenhoven, R. (2000). Freedom and happiness: A comparative study in forty-four nations in the early 1990s. *Culture and Subjective Well-Being*, 257–288.

Veenhoven, R. (2005). Lo que sabemos de la felicidad. *Calidad de Vida Y Bienestar Subjetivo En México*, 17–59.

Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 449–469 <http://doi.org/10.1007/s10902-006-9042-1>.

Walter, M. I. M. T. (2010). A dualidade na inserção política, social e familiar do idoso: estudo comparado dos casos de Brasil, Espanha e Estados Unidos. *Opinião Pública*, 16 (1), 186–219. <http://doi.org/10.1590/S0104-62762010000100008>.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–70. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3397865>.

WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012. <http://doi.org/10.1155/2012/382972>.



## **ANEXOS**

## ANEXO I-PROTOCOLO

### FELICIDADE NAS IDADES AVANÇADAS - QUAIS OS PREDITORES?



Centro de Estudos e  
Investigação em Saúde da  
Universidade de Coimbra



Universidade de Extremadura -  
Departamento de Psicologia e  
Antropologia

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Sr/a: \_\_\_\_\_ (1.º nome e iniciais do  
sobrenome)

#### Consentimento Informado

Esta investigação decorre no âmbito do Doutoramento em Psicologia ministrado pela Universidade de Extremadura - Departamento de Psicologia e Antropologia e tem como objetivo estudar a Felicidade dos portugueses que apresentam idade igual ou superior a 60 anos. A sua participação é muito importante, mas é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica. A investigadora está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo. Ao aceitar participar, por favor responda a todas as questões, exceto às que não se aplicam à sua situação.

#### Contacto da investigadora e dos coordenadores da investigação:

Mestre Olga CARLOS [olguitacarlos@gmail.com](mailto:olguitacarlos@gmail.com) | Professor Doutor Florencio CASTRO | Professora Doutora Fernanda DANIEL

**Ficha Técnica. A Bateria inclui os seguintes instrumentos padronizados, em versão integral ou parcial:** Escala de Felicidade Subjetiva (Lyubomirsky & Lepper, 1999 – Tradução e Adaptação Pais-Ribeiro, 2012); Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (Diener, et al., 1985, Tradução e Adaptação: Neto, Barros & Barros 1990); Teste de Orientação de Vida – Revisto (LOT-R) (Scheier, Carver & Bridges, 1994 – Tradução e Adaptação Laranjeira, 2008); Coping Resiliente (Sinclair & Wallston, 2003 – Tradução e Adaptação Pais-Ribeiro & Morais, 2010); WHOQOL (OMS, coordenadores portugueses: Vaz-Serra & Canavarro, 2006); Escala da Auto-Estima (Rosenberg, 1989 – Tradução e Adaptação Santos & Maia, 2003.); Mental Health Inventory MHI-5 (Tradução e Adaptação: Pais-Ribeiro, 2001); Lista de afetos positivos e negativos (Watson, Clark & Tellegen, 1988 - Tradução e Adaptação: Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) Escala da Esperança para Adultos -Escala de Futuro (Snyder et al., 1991- Tradução e Adaptação: Pais-Ribeiro, Pedro & Marques, 2006).

**Frequenta alguma resposta social?**

- Sim
- Não

**Qual a resposta social que frequenta?**

- Centro de Dia
- Serviço de Apoio Domiciliário
- Centro de Convívio
- Universidade Sénior
- IPL 60+

**1. Sexo?**

- Masculino
- Feminino

**2. Idade?** \_\_\_\_\_ (anos)

**3. Habilitações?**

- Não sabe ler nem escrever
  - Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino
  - 4.<sup>a</sup> classe (1.<sup>o</sup> ciclo do ensino básico)
    - Ensino preparatório (2.<sup>o</sup> ciclo do ensino básico)
  - 9.<sup>o</sup> ano (3.<sup>o</sup> ciclo do ensino básico)
  - 12.<sup>o</sup> ano (ensino secundário)
  - Curso médio
  - Curso superior
- Durante quantos anos estudou com sucesso? \_\_

**4. Estado civil?**

- Solteiro/a
- Casado/a
- Viúvo/a
- Divorciado/a ou separado/a

**5. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir visitá-las nas suas casas?** N.<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

**6. Quem vive consigo na sua casa?**

(assinalar as várias respostas dadas)

- 1. Vive sozinho/a
- 2. Cônjuge
- 3. Filhos/as
- 4. Netos/as
- 5. Pais ou sogros
- 6. Irmãos ou cunhados
- 7. Outros familiares
- 8. Amigos
- 9. Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si (sem ser familiar)

10. Outros especificar \_\_\_\_\_

**7. A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros? (se não tem telefone mantém-se a pergunta)**

**8. A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram a fazer algo juntos? N.<sup>o</sup>**

\_\_\_\_\_

**9. Tem alguém em quem possa confiar?**

- Sim
- Não

**10. Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?**

- Sim
- Não

**11. Sente-se sozinho/a?**

- Muitas vezes / sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca / nunca

**12. Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo?(refere-se a ajuda social, não económica)**

- Sim
- Não

**12a. Há alguém que possa cuidar de si?**

- Sempre que necessário (tanto tempo quanto necessário)
- Por pouco tempo (de poucas semanas a seis meses)
- Às vezes (levar ao médico, preparar uma refeição, etc..)

**12b. Quem são essas pessoas? (assinalar as várias respostas dadas)**

- Cônjuge
- Irmão
- Filhos

- Netos
- Outro parente
- Amigo
- Outros *especificar* \_\_\_\_\_

**13.** Algumas pessoas consideram que a sociedade portuguesa está dividida em classes sociais. Das seguintes classes, em qual delas é que o sr/a se incluiria?

- Classe baixa
- Classe média baixa
- Classe média

- Classe média alta
- Classe alta

**14.** Como avalia a sua saúde? Diria que está...

- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Má
- Muito Má

**15.** Considera que é uma pessoa ativa?

- Nada ativa
- Pouco ativa
- Ativa
- Muito ativa
- Muitíssimo ativa

**16. Escala de Felicidade Subjectiva** - Mais abaixo, encontrará quatro afirmações, relativas ao modo como percebe a sua felicidade. Usando a escala de 1 a 7, indique o seu grau de acordo com cada item, circundando o número que melhor traduza a sua opinião.

1. Em geral, considero-me:	Uma pessoa que						Uma pessoa muito feliz
	1	2	3	4	5	6	7
2. Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:	Menos feliz						Mais feliz
	1	2	3	4	5	6	7
3. Algumas pessoas são geralmente felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?	De modo nenhum						Em grande parte
	1	2	3	4	5	6	7
4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?	De modo nenhum						Em grande parte
	1	2	3	4	5	6	7

**17. WHOQOL - Perceção da Saúde**

	Nada	Pouco	Nem muito	Muito	Muito
1. Até que ponto está satisfeito/a com a sua saúde?	1	2	3	4	5

**18. WHOQOL – Sentimentos Positivos**

	Nada	Pouco	Nem muito	Muito	Muito
1. Até que ponto tem na sua vida sentimentos positivos?	1	2	3	4	5

**19. WHOQOL – As perguntas que se seguem referem-se às suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais.** Usando a escala de 1 a 5, indique o seu grau de acordo com cada item.

	Nada	Pouco	Nem muito	Muito	Muito
--	------	-------	-----------	-------	-------

1. As suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido à sua vida?	1	2	3	4	5
2. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
3. Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais lhe dão força para enfrentar as	1	2	3	4	5
4. Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais o/a ajudam a compreender as dificuldades da sua vida?	1	2	3	4	5

**20. Escala de Satisfação com a vida (SWLS)** - Mais abaixo, encontrará cinco afirmações, relativas ao modo como encara a sua vida, com as quais poderá concordar ou discordar. Usando a escala de 1 a 7, indique o seu grau de acordo com cada item, circundando o número que melhor traduza a sua opinião.

	Discordo	Discordo ligeiramente	Discordo um pouco	Discordo bastante	Concordo ligeiramente	Concordo um pouco	Concordo bastante
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são muito boas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida que eu desejava.	1	2	3	4	5	6	7
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5	6	7

**21. Testes de Orientação de Vida – Revisto (LOT-R)** - Não existem respostas certas ou erradas. Seja cuidadoso(a) ao responder à questão de cada item e não deixe que a resposta dum(a) influencie a respostas às outras. Emita a sua opinião a partir da seguinte escala:

<i>Responda apenas caso se aplique à sua situação:</i>	Discordo bastante	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo muito
1 – Em situações difíceis espero sempre o melhor.	0	1	2	3	4
2 – Para mim é fácil relaxar.	0	1	2	3	4
3 – Se alguma coisa de errado tiver de acontecer comigo, acontecerá de certeza.	0	1	2	3	4

4 – Sou sempre otimista relativamente ao futuro.	0	1	2	3	4
5 – Eu gosto muitos dos meus amigos.	0	1	2	3	4
6 – Para mim, é importante manter-me ocupado(a).	0	1	2	3	4
7 – Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor.	0	1	2	3	4
8 – Não fico facilmente preocupado(a).	0	1	2	3	4
9 – Raramente espero que as coisas boas me aconteçam.	0	1	2	3	4
10 – No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.	0	1	2	3	4

**22. Coping resiliente** - Deve pôr um círculo à volta do número que melhor o descreve.

	N ã o m e	N ã o m e	Descr e- me mais ou menos	De scre ve- me	De scre ve- me
1. Procuo formas criativas de superar situações difíceis.	1	2	3	4	5
2. Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reações.	1	2	3	4	5
3. Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis.	1	2	3	4	5
4. Procuo ativamente formas de substituir as perdas que	1	2	3	4	5

**23. Auto-Estima (Rosenberg)** - Abaixo vai encontrar um conjunto de sentimentos e pensamentos sobre seu próprio valor, que se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo.

	Disc ord o muito	Disc ord o pouco	Conco rdo um pouco	Co nco rdo
1. De forma geral, estou satisfeito comigo mesmo.	1	2	3	4
2. Às vezes, penso que não presto para nada.	1	2	3	4
3. Penso que tenho algumas boas qualidades.	1	2	3	4
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	1	2	3	4
5. Creio que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar.	1	2	3	4

6. Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil.	1	2	3	4
7. Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros.	1	2	3	4
8. Gostaria de ter mais consideração por mim próprio.	1	2	3	4
9. Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou falhado.	1	2	3	4
10. Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa.	1	2	3	4

**24. Saúde Mental (MHI – 5)** - Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos retângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

	S em	Q uas e	A maior parte de	D ur a nt	Q u a	N un ca
1. Durante quanto tempo, no mês passado se sentiu nervoso?	1	2	3	4	5	6
2. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?	1	2	3	4	5	6
3. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em	1	2	3	4	5	6
4. Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada conseguia animar?	1	2	3	4	5	6
5. No último mês durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6

**25. Lista de afetos positivos e negativos (PANAS)** - Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra, e utilize a escala que apresentamos, para indicar em que medida sentiu cada uma das emoções *durante as últimas semanas*.

	Nada ou muito ligeiram	U m po	Moderadam ent e	Bast an t e	Extrema me nte
1. Interessado/a	1	2	3	4	5
2. Perturbado/a	1	2	3	4	5
3. Excitado/a	1	2	3	4	5
4. Atormentado/a	1	2	3	4	5
5. Agradavelmen	1	2	3	4	5
6. Culpado/a	1	2	3	4	5
7. Assustado/a	1	2	3	4	5
8. Caloroso/a	1	2	3	4	5



9. Repulsa	1	2	3	4	5
10. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
11. Orgulhoso/a	1	2	3	4	5
12. Irritado/a	1	2	3	4	5
13. Encantado/a	1	2	3	4	5
14. Remorsos	1	2	3	4	5
15. Inspirado/a	1	2	3	4	5
16. Nervoso/a	1	2	3	4	5
17. Determinado/a	1	2	3	4	5
18. Trémulo/a	1	2	3	4	5
19. Ativo/a	1	2	3	4	5
20. Amedrontado/a	1	2	3	4	5

**26. Escala da Esperança para adultos (Escala de Futuro) - Usando a escala de 1 a 8, indique o seu grau de acordo com cada item.**

	T ota l me nte	Q u a s e	E m g r a s	Lig e ira men te fals	Lig e ira men te verda d	E m gra nde part e	Q u a s e tota lme	T ota lme nt e verd adei
1. Consigo pensar em muitas maneiras de me livrar de enrascadas	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Persigo os meus objetivos com muita energia	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Sinto-me cansado/a a maior parte do tempo	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Qualquer problema tem muitas soluções	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Vou-me abaixo facilmente com uma discussão	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Consigo pensar em muitas maneiras para alcançar as coisas da vida que são importantes para mim	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Preocupo-me com a minha saúde	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Mesmo quando os/as outros/as perdem a coragem, eu sei que consigo encontrar uma maneira de resolver o problema	1	2	3	4	5	6	7	8
9. A minha experiência de vida preparou-me bem para o futuro	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Tenho tido bastante sucesso na vida	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Normalmente ando preocupada com	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Alcanço os objetivos que defini para mim próprio/a	1	2	3	4	5	6	7	8

ANEXO II-EMAIL

Dear Professor Sonja Lyubomirsky,

My name is Olga Carlos, I'm a Psychologist, and I'm from Portugal.

At the moment I'm doing a research for my PhD on the subject "Happiness in Old Ages. Which are their Predictors?"

After a long and exhausting research and reading of some of your articles, I'm asking if you can provide me all your scientific articles on the subject "Happiness". I found many articles on the subject, but it's difficult to have access to all the scientific articles written by you.

I will be waiting for your reply as soon as possible.

Thank you for your attention.

Yours sincerely,

Olga Carlos

## ANEXO III- EMAIL

### **Assunto: Pedido de autorização para administração de Escala**

Exmo. Sr. Prof.º Doutor José Maia

O meu nome é Olga Carlos, sou Psicóloga, e estou a desenvolver uma investigação, no âmbito do Doutoramento em Psicologia, ministrado pela Universidade da Extremadura em colaboração com o Instituto Superior Miguel Torga, sobre a Felicidade nas idades avançadas.

Venho por este meio solicitar a sua permissão para administrar a Escala de Auto-Estima (Rosenberg). Agradeço o envio das mesmas assim como os artigos que as suportam.

Agradeço desde já atenção dispensada, estando disponível para prestar qualquer esclarecimento que for conveniente.

Com os melhores cumprimentos,  
Olga Carlos