

ANDREIA ANTUNES CARDIGA

**A SATISFAÇÃO COM A VIDA, O BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO E O SUPORTE SOCIAL ENTRE
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO
INSTITUCIONALIZADOS**

Orientadora: Bárbara Gonzalez

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa
2016**

ANDREIA ANTUNES CARDIGA

**A SATISFAÇÃO COM A VIDA, O BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO E O SUPORTE SOCIAL ENTRE
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO
INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação defendida em provas públicas no dia 8 de Novembro na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º 180/2016, com a seguinte composição:

Presidente: Professor Doutor Américo Baptista.

Arguente: Professora Doutora Neuza Silva

Orientadora: Professora Doutora Bárbara Gonzalez

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Idoso

Toda família tem alguém
Com um brilho especial nos olhos.
Nos lábios sábios conselhos.
Na voz a soma da cultura acumulada,
Muitas vezes desprezada.
Toda família tem alguém que conspira
Com o universo, orações pelos que ama.
Têm braços de músculos cansados, mas...
Que não negam o conforto de um longo abraço.
Têm os ombros cansados, mas...
Não negam um carinho e mais um fardo.
Têm os ossos frágeis, mas...
Não negam um colo.
Precisam de atenção, de amor e compreensão.
E estão atentos a tudo, amam como ninguém,
Sempre tentando compreender os filhos e netos.1

Heloísa Abranhão

AGRADECIMENTOS

Neste trabalho foi fundamental todo o apoio e disponibilidade de todos que participaram de forma directamente e indirectamente, para a conclusão do mesmo.

Em primeiro lugar, quer agradecer a minha orientadora Professora Doutora Bárbara Gonzalez pela sua atenção, compreensão, ensinamentos e ajuda demonstrada face às minhas falhas e dúvidas.

À Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, a todos os professores pois foram essenciais neste percurso.

E muito em particular à disponibilidade de todos os idosos que participaram neste estudo, e ao lar da Santa Casa da Misericórdia de Vila de Rei, a Sra Dona Clarinda Santos por autorizar.

Quero agradecer aos meus pais que sempre me apoiaram, motivaram-me e acreditaram em mim, sem eles todo este percurso académico não seria possível.

Ao meu marido Samuel que sempre me ajudou motivou nos momentos em que foram difíceis para mim.

Agradeço a todos os meus colegas, mas em especial à Tânia Silva, por toda a ajuda, motivação e persistência.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo verificar os níveis de satisfação com a vida, bem-estar psicológico e suporte social numa amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados. É constituído por uma amostra de 80 idosos, sendo 42 idosos institucionalizados e 38 não institucionalizados, em que 72,5% do género feminino e 27,5% do género masculino.

Os instrumentos utilizados primeiramente para a recolha de dados, foram os seguintes: o questionário sociodemográfico, a SWLS- Escala satisfação com a vida constituída por 5 itens, adaptada por Simões (1992); PWBS- Escala de bem-estar psicológico constituída por 6 dimensões e 18 itens adaptada por Novo (2004); ESSI- Escala de satisfação com o suporte social constituída por 4 dimensões e 15 itens adaptada por (Ribeiro,1995).

Relativamente aos resultados obtidos neste estudo, verificou-se que são os idosos não institucionalizados que apresentam valores mais elevados ao nível do bem-estar psicológico. Para as variáveis satisfação com a vida e suporte social não variam entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Relativamente à idade, quanto mais novo maior é o nível de bem-estar psicológico.

Por fim, não existe relação entre o tempo de permanência no lar e a satisfação com a vida.

Palavras-Chave: envelhecimento bem-sucedido; satisfação com a vida; suporte social; bem-estar psicológico; institucionalizados; não institucionalizados

ABSTRACT

This study has the objective of verify the levels of satisfaction with life, phiscological well-beingand social support by a sample of institucionalized elderly and not institucionalized. It's constituted by a sample of 80 elderly, being 42 elderly institucionalized ans 38 not institucionalized, 72,5% of them where females and 27,5% where males.

The measuring instruments that was primary used for the data collection were as follows: the sociodemographic questionnaire, the Scale SWLS- life satisfaction consists of 5 items, adapted by Simões (1992); PWBS- psychological well-being scale consists of 18 items 6 and dimensions adapted by Novo (2004); ESSS- scale of satisfaction with social support consists of 4 dimensions and 15 items adapted by (Ribeiro, 1995).

Relatively the results of this study, found that are not institutionalized elderly presenting higher values in terms of psychological well-being. For the variables life satisfaction and social support do not vary among institutionalized elderly and non-institutionalized.

Pertaining to age, the less old are the ones with greater level of psychological well-being.

Finally, there is no relationship between the time spent at home and satisfaction with life.

Key-words: ageing; well sucefully; life satisfaction; social supporte; psychological well-being; institucionalized; non- institucionalized.

ABREVIATURAS

ANOVA	Análise de Variância Univariada
APA	American Psychological Association
BEP	Bem-estar psicológico
BES	Bem-estar subjetivo
DGS	Direção Geral da saúde
DP	Desvio Padrão
ESSS	Escala de satisfação com o suporte social
H	Hipótese
INE	Instituto Nacional de estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSS	Satisfação com o suporte social
SV	Satisfação com vida
SWLS	Satisfaction with life scale

ÍNDICE GERAL

Introdução	10
1. O Envelhecimento – Definição	13
1.1. Aspetos Demográficos do Envelhecimento	15
1.2. Teorias do Envelhecimento	17
1.3. Envelhecimento Bem-Sucedido	20
1.4. A Institucionalização do Idoso	21
2. Bem-estar	24
2.1. Bem-Estar Subjetivo	25
2.1.1. Satisfação com a vida	27
2.1.1.1. Satisfação com a vida em Idosos	28
2.2. Bem-Estar Psicológico.....	30
2.2.1. Bem-Estar Psicológico em idosos	31
3. Suporte Social	33
3.1. Suporte Social em Idosos.....	34
4. Diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados na satisfação com a vida, bem-estar psicológico e suporte social.....	35
5. Objectivos e Hipóteses	37
Capítulo 2. Estudo Empírico	39
1. Metodologia	40
1.1. Amostra.....	40
1.2. Instrumentos.....	44
1.2.1. Questionário Sociodemográfico	44
1.2.2. Escala de Satisfação com a vida	44
1.2.3. Escala do Bem-estar Psicológico.....	46
1.2.4. Escala de satisfação com o suporte social	48
2. Procedimento.....	49
Capítulo 3. Resultados.....	50
Capítulo 4. Discussão.....	55
Capítulo 5. Conclusão	59
Referências Bibliográficas	62

Anexos.....	I
Anexo 1- Consentimento informado	II
Anexo 2- Questionário sociodemográfico para idosos não institucionalizados.....	III
Anexo 3- Questionário sociodemográfico para idosos institucionalizados	IV
Anexo 4- Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	V
Anexo 5- Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)	VI
Anexo 6- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	VII

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra face à institucionalização	40
Tabela 2. Caracterização da amostra nas variáveis sexo, estado civil, escolaridade, situação económica e percepção do estado de saúde, em função da institucionalização	41
Tabela 3. Distribuição da amostra face ao Tempo no Lar.....	42
Tabela 4. Distribuição da amostra face à Iniciativa Ida para o Lar	42
Tabela 5. Distribuição da amostra face às Visitas.....	42
Tabela 6. Distribuição da amostra face à Regularidade da Visita.....	43
Tabela 7. Distribuição da amostra face a Com Quem Vive	44
Tabela 8. Diferenças na satisfação com a vida em função da institucionalização.....	51
Tabela 9. Diferenças no bem-estar psicológico em função da institucionalização.....	51
Tabela 10. Diferenças no suporte social em função da institucionalização.....	52
Tabela 11. Correlação de Spearman entre a variável Quanto Tempo no Lar e a escala Satisfação com a Vida dos idosos institucionalizados	52
Tabela 12. Diferenças na satisfação com a vida em função do sexo	53
Tabela 13. Diferenças no bem-estar psicológico em função do sexo	53
Tabela 14. Diferenças no suporte social em função do sexo	54

INTRODUÇÃO

Ao longo destes últimos anos tem-se verificado um grande aumento na população idosa, e devido a este fenómeno é fundamental garantir-lhes não apenas uma maior longevidade, mas também satisfação com a vida, bem-estar psicológico e suporte social numa vertente cada vez mais comum que é a institucionalização e para os idosos que vivem nas suas próprias casas. Sendo que o grupo etário que representa um aumento, atualmente, situa-se no grupo de indivíduos com mais de 60 anos, estimando-se que em 2020, em Portugal, esse mesmo grupo será considerado um quinto da população portuguesa (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002). Em Portugal, o índice de envelhecimento, que reflete a relação entre o número de idosos (65 ou mais anos) e o de jovens (entre os 0 e os 14 anos), ultrapassou pela primeira vez os 100 em 1999, estando em 2001 nos 103 (INE, 2002). Esta tendência tem-se mantido, e é possível que o número de adultos idosos possa mais do que duplicar os de jovens até 2030 (INE, 2007).

Segundo uma definição de Ballesteros (2007), o envelhecimento não é apenas um processo individual e biológico mas também é um processo adaptativo e gradual que está relacionado com factores psicológicos biológicos e sociais.

O envelhecimento bem-sucedido, segundo Baltes (1987), está relacionado com três categorias, sendo a primeira categoria a redução da probabilidade da existência de doenças, a segunda categoria, a manutenção de um elevado nível funcional, do ponto de vista cognitivo e físico, e a terceira e última categoria, a manutenção do interesse social e da percepção do bem-estar. Para o envelhecimento bem-sucedido o Ser Humano é visto como sendo proactivo, que reúne os recursos essenciais para a adaptação à mudança e que estes estão activamente abrangidos na conservação do bem-estar.

Já o envelhecimento demográfico das populações está associado à avaliação do aumento significativo da esperança de vida do Ser Humano. O aumento do envelhecimento tem com ele associado as consequências desfavoráveis que intervêm nas relações sociais e da estabilidade do próprio.

Existem diversos estudos que verificam a importância dos relacionamentos sociais como recurso na satisfação com a vida, assim como a interação social pode ajudar positivamente para a adaptação nesta fase da vida que será abordado posteriormente neste trabalho. É também muito importante o apoio da família ao longo da vida, sendo que nenhuma instituição substitui a família ao nível da prestação de apoio ao idoso.

Segundo Martins (2004), a família é fundamental não apenas para sobrevivência dos idosos, mas também para manter equilíbrio a nível emocional, tendo em conta às circunstâncias do decréscimo biopsicossocial. Como será referido neste trabalho o envelhecimento é uma fase da vida que suscita alterações e mudanças que envolvem muitas limitações sociais, ficando este limitado ao ambiente familiar.

A investigação tem demonstrado que o que contribui para um elevado bem-estar psicológico e para a satisfação com a vida nos idosos é o suporte social de que estes usufruem, desta forma o objectivo deste estudo consiste em avaliar o nível da satisfação com a vida, bem-estar psicológico e suporte social em idosos institucionalizados e não institucionalizados, e ainda verificar a relação entre estas variáveis e um conjunto de variáveis sociodemográficas.

O presente trabalho é composto por dois capítulos, que se relacionam e completam, sendo o 1º capítulo referente ao enquadramento teórico e o 2º capítulo referente ao estudo empírico.

Dentro do enquadramento teórico existem cinco temas: O primeiro tema é a definição do envelhecimento, englobando os aspectos demográficos, assim como as teorias do envelhecimento, a perspectiva do envelhecimento bem-sucedido e por fim o ponto de vista da institucionalização do idoso.

O segundo tema é o bem-estar dentro do qual temos o bem-estar subjectivo, a satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e o respectivo enquadramento destas variáveis na população idosa. O terceiro tema é o suporte social e o seu enquadramento na população idosa. O quarto tema enquadra a satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e o suporte social numa perspectiva comparativa entre a população idosa que se encontra institucionalizada e os idosos que vivem nas suas próprias casas. O segundo capítulo é composto pelo estudo empírico e subdivide-se na metodologia (constituída pela descrição da amostra, pelos instrumentos utilizados e pelo procedimento), nos resultados do estudo e na discussão dos mesmos.

Por fim é apresentada a conclusão, na qual são referidas as limitações do estudo, suas implicações e sugestões para investigações futuras.

A dissertação segue as normas do regulamento da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Primo & Mateus, 2014), e as referências estão formatadas segundo as normas da Associação Americana de Psicologia (APA).

CAPÍTULO 1.

Enquadramento Teórico

1. O Envelhecimento – Definição

O envelhecimento é um percurso de vida que percorre toda a História da Humanidade, sendo que apresenta diferentes características de acordo com a cultura, o tempo e o espaço. Desta forma, é definido como um processo complexo de grandes alterações a nível biológico, psicológico e social, tendo início no momento em que se nasce e prolongando-se ao longo da vida.

Ao longo das últimas décadas, têm sido desenvolvidos diversos estudos sobre o envelhecimento, tendo em consideração o aumento da esperança média de vida, existindo assim um crescimento significativo de pessoas idosas na população em geral.

Nesta fase da vida, o Idoso passa por várias transformações, quer a nível físico, psíquico e social, sendo que estas transformações que surgem com a idade, podem assim, afetar a saúde mental do Idoso.

O envelhecimento é um processo biológico, psicológico e social que abrange o Ser Humano na totalidade da sua existência, que pode diferenciar na sua relação com o tempo, com o seu relacionamento na sociedade e com a sua própria história. (Mesquita & Portella, 2004).

O envelhecimento é difícil de definir, pois difere de pessoa para pessoa e sucede em diversos níveis (Santos, 2002; Pimentel, 2005).

Para Barreto (1984) existem fatores que são responsáveis pelas perturbações mentais da população idosa, podendo assim afetar o Bem-estar, sendo esses fatores, por exemplo, a reforma, o isolamento, as perdas, a falta de recursos económicos, entre outros.

Segundo, Ladislav (1994) o envelhecimento está associado a uma perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições do ambiente, pois este é um processo dinâmico, diferencial e heterogéneo.

Fontaine (2000) define o envelhecimento, como um conjunto de fenómenos dinâmicos que reproduzem transformações do organismo de natureza biológica e psicológica, em função do tempo. Destaca-se, no entanto, que as mudanças psicológicas segundo a abordagem do ciclo de vida não ocorrem apenas no envelhecimento, mas são observáveis ao longo de toda a vida do indivíduo (Oliveira, 2010; Neri, 2007; Fontaine, 2000) e não se deve associar o envelhecimento apenas às perdas, mas sim a um equilíbrio entre perdas e ganhos.

De acordo com Pimentel (2005), o envelhecimento é consequência da passagem do tempo, pelo o sujeito se torna mais velho. É um processo biológico normal, pelo qual todas as pessoas estão sujeitas a passar, é caracterizado por um processo de alterações físicas e mentais.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde, 2002), são considerados idosos os sujeitos que têm idade acima dos 60 anos, em países pouco desenvolvidos e em países desenvolvidos é a partir dos 65 anos.

Esta fase da vida, tem um impacto significativo nas funções cognitivas, como por exemplo, na orientação, linguagem, memória, nas capacidades visuo-contrutivas, entre outras (Singh- Manoux & Kivimaki, 2010).

Para Netto (2006), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que levam à perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, à maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos e também a uma diminuição da capacidade homeostática perante situações de sobrecarga funcional do organismo levando à morte.

O envelhecimento envolve todos os níveis na nossa sociedade, quer seja ele biológico, psicológico ou social.

O envelhecimento biológico está relacionado com todas as modificações biológicas que ocorrem com o avançar do tempo, são as alterações que mais chamam a atenção, pois este tem influência no funcionamento físico, cognitivo, psicológico e social (Fonseca,2005). Relativamente, a essas mesmas alterações físicas podem ser externas, que é o facto o aparecimento das rugas, o aparecimento das manchas escuras na pele, os olhos ficam mais húmidos, as veias destacam-se mais e as mudanças na coluna vertebral. Nas mudanças internas, os ossos endurecem, o cérebro perde neurónios, tornando-se menos eficiente, o metabolismo fica lento, a digestão é mais difícil, a insónia e a fadiga aumentam, a visão piora, ao nível da audição também piora e o paladar diminui. (Zimerman, 2007).

Todas estas alterações fazem parte do passar do tempo, não sendo a velhice uma doença, mas sim uma fase da vida do Ser Humano, no qual fica mais frágil e mais vulnerável a doenças (Zimerman, 2007).

Há diversas definições sobre o envelhecimento biológico, mesmo existindo algumas discordâncias entre elas tem a mesma noção de perda de funcionalidade gradual com o avançar da idade, e com a eventualidade de ter doenças, originando assim um aumento na probabilidade de morte (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004).

Em suma, estes aspetos biológicos não surgem de forma igual, pois nem todas as pessoas enfrentam da mesma forma às alterações do seu corpo.

O envelhecimento psicológico é descrito pelas alterações ao nível das atividades, das motivações, das emoções, entre outras, verificando se estas modificações à medida que a idade avança (Fontaine,2000).

Segundo Viera (1996), o envelhecimento psicológico é caracterizado pela diminuição da memória mecânica, por uma fragilidade nas funções mentais relacionadas com o envelhecimento cerebral. As primeiras dificuldades psicológicas enfrentadas pelos idosos, correspondem à difícil adaptação às mudanças físicas e sociais que se sucedem com o passar dos anos.

Pereira (2013), define o envelhecimento psicológico como sendo constituído por alterações a nível do pensamento, das emoções, das atitudes, na diminuição da autoestima e por fim, nas transformações nas funções cognitivas que se transmitem na memória de curto prazo, na atenção e na diminuição da capacidade para interpretar os diferentes estímulos.

Resumindo, os aspetos psicológicos têm sido utilizados em estudos relacionados com o envelhecimento bem-sucedido, evidenciando-se na capacidade de encarar as diversas situações, mantendo o pensamento positivo originando um envelhecimento satisfatório (Jacob et al. 2011).

E por fim o envelhecimento social, está associado às dificuldades que o idoso enfrenta ao nível de crises de identidades que são originadas pela falta de papéis sociais, como também das modificações existentes dos papéis na família, o filho passa a ser pai, o pai o avô, relativamente à satisfação laboral passa a ter o papel de reformado. Com o avançar da idade, defrontam-se com algumas perdas, que vão desde a condição económica, à perda de parentes e amigos e à diminuição dos contatos sociais que se tornam cada vez mais escassos (Zimmerman, 2007).

1.1. Aspetos Demográficos do Envelhecimento

Atualmente, quando abordamos o tema do envelhecimento torna-se necessário descrever o envelhecimento demográfico. Este surgiu a partir da segunda metade do século XX, nas sociedades desenvolvidas, sendo um tema de grande importância na Europa.

Para Fernandes (1997) o envelhecimento demográfico é um facto real que está inserido nas sociedades industrializadas, sendo que tenderá a ter um maior nível de envelhecimento. Para esta autora, o sistema demográfico tradicional foi alterado para um sistema demográfico moderno, isto é, a mortalidade desceu drasticamente e houve igualmente um declínio na fecundidade, este fenómeno surge em alguns países europeus.

O envelhecimento demográfico é definido pelo aumento da percentagem de idosos na população total, havendo uma perda significativa da população jovem, este tem vindo a aumentar em Portugal (INE,2002).

O fenómeno do envelhecimento demográfico entre 1960 e 2001 manifestou-se por uma diminuição de cerca de 36% na população jovem entre os 0 e 14 anos, e um aumento de 140% da população idosa com mais de 65 (INE, 2002).

A partir da segunda metade do século XX, tal como nos indica Nazareth (1996), o envelhecimento demográfico surgiu nas sociedades desenvolvidas, com uma análise demográfica tradicional, sendo a sua representação numa pirâmide de idades, surgindo assim dois tipos de envelhecimento, o da base e o do topo. O envelhecimento da base surge quando a taxa de jovens diminui e ficando com uma base da pirâmide bastante reduzida. O Envelhecimento de topo está relacionado com o aumento na taxa de idosos, isto é, a parte superior da pirâmide alarga, em vez de se alongar como sucede nos países em desenvolvimento. Conforme Nazareth (1996) indica, existe uma ligação entre estes dois tipos de envelhecimento, isto é, com a diminuição percentual dos jovens causa um aumento proporcional nos outros sectores etários, principalmente nos idosos.

Para Bandeira (1996) a teoria da mudança demográfica também pode ser considerada como a teoria da fecundidade, isto é, com a diminuição da fecundidade, sendo este um processo irreversível, e assim sendo não existe um equilíbrio demográfico.

As modificações demográficas existentes do séc.XX, foram consideradas como uma inversão das pirâmides etários o que demonstra o envelhecimento da população colocando assim a sociedade em geral em situações para as quais a sociedade não estava preparada (DGS, 2004).

De acordo com o INE (2002) em Portugal a estrutura demográfica estão bem visíveis nas pirâmides de idades em 1960 e 2000, isto é, a proporção de jovens (0-14 anos) diminui cerca de 37% para 30%.

Segundo Cravidão e Matos (1990) o envelhecimento da população portuguesa está relacionado com o aumento de idosos e a diminuição de jovens.

Prevê-se que em 2025, 10% da população mundial terá 65 e mais anos e que mais de 20% da população das regiões desenvolvidas terá 65 e mais anos.

De acordo com o INE (2011), o envelhecimento demográfico continuará a evoluir na sociedade portuguesa, prevendo-se que em 2050 a população residente portuguesa diminui para aproximadamente 9 302 milhares da população. Em consequência, a percentagem de população

jovem tenderá a diminuir em 13%, enquanto a população idosa aumentará cerca de 32% cerca de 243 idosos por cada 100 jovens.

O envelhecimento demográfico é uma realidade da atualidade que estabelece um dos maiores desafios, tanto a nível individual como da sociedade, comprovando assim a necessidade se encontrarem respostas que estimulem as projeções expostas.

Segundo Carrilho (2008), o envelhecimento populacional irá levar alguns desafios à sociedade, desde a constituição de famílias onde poderão conviver diversas gerações, com toda a envolvência complexa que poderá ser gerada neste ambiente, onde o idoso poderá ser mais ou menos dependente e, dessa forma, necessitar de mais ou menos cuidados, mas, também, onde o idoso poderá ser uma fonte de experiência e sabedoria.

Para finalizar, o envelhecimento da população portuguesa terá consequências como a diminuição na população escolar, o abrandamento do crescimento demográfico, e facto de haver necessidade de criar mais estruturas para o apoio do idoso.

1.2. Teorias do Envelhecimento

Na atualidade, existe, diversas teorias para explicar o envelhecimento, com um conjunto de conceitos, fatores e indicadores.

Estas teorias derivam de vários pontos de vista dos fatores envolventes no processo do envelhecimento, muitas destas teorias apenas defendem que o envelhecimento é uma alteração biológica isolada (Cunha e Neto, 2002).

No desenvolvimento psicológico temos quatro teorias psicológicas principais, são elas a teoria de Erikson (1980), a Teoria da Gerotranscendência de Tornstam (1996), a Teoria da Gerodinâmica de Schroots (1996) e a Teoria do Desenvolvimento e do Envelhecimento de Baltes (1987).

A Teoria de desenvolvimento de Erikson (1980) está organizada por oito estádios diferentes pelos quais o Ser Humano passa. Nestes estádios o sujeito passa por conflitos em cada um destes estádios, sendo que após resolver este conflito o sujeito passa para o próximo estádio, esta passagem depende das variáveis, como a maturidade, crescimento físico e cognitivo assim como as exigências do meio (Novo, 2003). Em cada um destes períodos de desenvolvimento para Erikson (1980) é definido por uma apreensão psicológica com as aptidões opostas que originam uma crise no sujeito necessitando de uma resolução. Para este autor, estas crises que originam os períodos de tensão que fazem com que o sujeito se adapte às situações de forma a resolve-las.

Nesta teoria, os quatro primeiros estádios são vivenciados pelas crianças, onde passam pelas tensões: confiança vs desconfiança, a autonomia vs vergonha, a iniciativa vs culpa e a realidade vs inferioridade. Na adolescência o sujeito passa pela identidade vs difusão, o jovem adulto passa pela intimidade vs alienação, já na meia-idade passam pelo conflito entre a generatividade vs estagnação e por fim a último estágio que é fundamental para este estudo passam pela integridade vs desespero. Nesta última fase de vida, Erikson (1989) descreve a importância da reconstituição das tensões vivenciadas nos estádios anteriores, sendo que o equilíbrio assimilado das tensões é novamente vivido, de forma a que o sujeito passa a construir a integridade (Novo, 2003).

Para finalizar, a integridade do ego ocorre de forma a que o sujeito consiga equilibrar e assimilar as experiências passadas, marcando assim a principal característica deste estágio que é a sabedoria.

A teoria da Gerotranscendência de Tornstam de 1996, descreve a velhice de uma forma materialista e pragmática da vida como por exemplo a dimensões objetivas e racionais, dando lugar a uma perspectiva mais transcendente por exemplo, a dimensões subjetivas e emocionais, proporcionando uma maior satisfação com a sua vida (Tornstam, 2003). O termo Transcendência apresenta três níveis de mudança ontológica, o primeiro nível é o cósmico que está associado às alterações relacionadas com o tempo, o espaço e o sentido da vida e da morte. O segundo nível é o “eu”, que é a passagem do egocentrismo ao altruísmo e integração dos vários aspetos do “eu”, e por último é o nível das relações interpessoais e sociais, que é o domínio das relações profundas e não superficiais, bem como a apreciação da solidão e o aumento da reflexão) (Bruyneel, Alfons & Bart, 2005; Jönson & Magnusson, 2001; Oliveira, 2010; Wadensten, 2007).

A Teoria da Gerodinâmica ou Teoria da Bifurcação de Schroots de 1996, considera que o envelhecimento é resultado de uma sequência de transformações do envelhecimento como sendo produto de uma série de transformações onde predomina a desordem sobre a ordem. Tem como base os comportamentos ao nível do funcionamento biológico, psicológico e social, existindo diversas alterações no indivíduo que concentram-se num ponto crítico, que tem como resultado determinados pontos de bifurcação, a partir dos quais não se torna possível determinar, *à priori*, qual a direção da transformação, isto é, a mudança é inesperada. Esta mudança poderá ser adaptativa ou não podendo ser uma mudança benéfica ou originar uma má adaptação (Oliveira, 2010).

E por fim, a Teoria do Desenvolvimento e do Envelhecimento de Baltes de 1987, esta dá grande importância nas interações que ocorrem entre o indivíduo e os contextos (Fonseca, 2005). Esta teoria explica o desenvolvimento humano através de seis princípios, que transmite o desenvolvimento humano como sendo um processo que surge ao longo da vida, que é composto por períodos de continuidade e de descontinuidade.

O desenvolvimento do sujeito é visto com flexibilidade que depende assim das diversas condições, contextos, acontecimentos que não são esperados, que podem provocar crises no sujeito (Baltes & Baltes, 1983; Oliveira, 2010).

A teoria de Baltes, tem por base seis principais para o modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido, designado por Otimização Selectiva com compensações.

Este modelo tem como fundamento a dinâmica que ocorre entre os ganhos e perdas através de três componentes, são eles, a seleção a optimização e a compensação, isto é, o idoso através da seleção do mais importante, e da sua posterior optimização, com eventuais compensações, vai envelhecer de um modo mais positivo (Oliveira, 2010).

A primeira componente desta teoria, é a seleção, está relacionada com a diminuição das opções possíveis, seleccionando os objectivos que são mais importantes para o sujeito naquele momento, ou seja, considerando as perdas próprias do envelhecimento, escolhem e focalizam-se numa determinada prioridade. Desta forma, as expectativas do indivíduo são adaptadas de modo a permitir a manutenção da satisfação.

A segunda componente é a optimização, é através desta que os recursos internos e externos são adquiridos e aplicados, no sentido de uma maior funcionalidade, aumentando as escolhas realizadas, tendo em conta os meios através dos quais os indivíduos conseguem alcançar os objectivos definidos anteriormente.

A terceira e última componente é a compensação, esta é a capacidade de compensar nas perdas, de forma a permitir a manutenção de um bom nível de funcionamento, apesar da presença de perdas e défices resultantes do envelhecimento (Baltes & Baltes, 1993; *Center for Lifespan Psychology*, s.d.; Fonseca, 2005; Freund & Baltes, 2009; Neri, 2006; Oliveira, 2010).

Resumidamente, esta teoria tem como base o paradigma contextual, quer com isto dizer que os sujeitos são activos no seu desenvolvimento, e vão seleccionar os seus objectivos pessoais, optimizá-los e e por fim, vai haver a compensação das eventuais perdas desenvolvimentais (Baltes & Baltes, 1993). O Modelo da Otimização Seletiva com Compensações conceptualiza, assim, o envelhecimento bem-sucedido através de uma

maximização de ganhos e uma minimização de perdas, através de processos de seleção, otimização e compensação (Boker, 2013; Fonseca, 2005).

1.3. Envelhecimento Bem-Sucedido

O significado de envelhecimento bem-sucedido, começou em 1944 na sociedade ocidental, no ano em que o American Social Science Research Council estabeleceu o Committee on Social Adjustment to Old Age (Torres, 1999).

Nos estudos realizados por Phelan e Larson (2002), tinham como objectivo definir o envelhecimento bem-sucedido e identificar os factores que levam ao sucesso. Sendo que existem diversas definições práticas que salientam a capacidade funcionais tais como: satisfação com a vida, longevidade, ausência de incapacidade, domínio/crescimento, participação social ativa, alta capacidade funcional/independência e adaptação positiva. Para os autores os fatores preditores são: nível educacional elevado, prática de atividade física regular, senso de autoeficácia, participação social e ausência de doenças crónicas.

Actualmente, o envelhecimento bem-sucedido, está associado a novos conceitos, tais como o bem-estar, qualidade e Satisfação com a Vida, numa perspectiva ao longo do ciclo de vida (Baltes et al., 1999).

O envelhecimento bem- sucedido origina uma diminuição a nível de doenças ou incapacidades, desenvolvendo-se assim o bom funcionamento físico e mental (Oliveira, 2008).

Nesta linha de pensamento, o processo de envelhecimento sendo visto como o melhoramento a nível da saúde, insere-se a perspectiva de bem-estar biopsicossocial, implicando uma participação activa dos idosos na vida social, levando assim ao aumento da sua qualidade de vida (Figueiredo, 2007; Paúl et al., 2005; Botelho, 2005)

As teorias do envelhecimento bem-sucedido colocam os idosos numa atitude pro activa, sendo eles próprios que definem e concretizam os seus objectivos, através de uma boa adaptação ao meio e assim tendo um aumento na sua satisfação com a vida (Findlay & McLaughlin, 2005; Sousa et al., 2003).

Segundo o modelo Psicossocial de desenvolvimento de Erik Eriksson (1963) o envelhecimento bem-sucedido é aquele que resolve com êxito a última tarefa do ciclo vital, ou seja, a integridade do eu versus o desespero que é caracterizada pela capacidade do idoso olhar e aceitar os aspectos positivos e negativos da sua existência. A perda de integridade resulta em sentimentos de desespero descritos pela angústia e o medo da morte. O facto deste aceitar o passado, o presente e o futuro é caracterizados pelo último dos estádios de desenvolvimento

psicossociais propostos pelo autor e presumem uma resolução positiva dos sete estádios precedentes. Não se trata apenas de uma sequência de estádios, mas sim uma confirmação entre as diferentes fases do desenvolvimento humano, formando todo interligado.

Segundo Rowe e Kahn (1997), o envelhecimento bem-sucedido está relacionado com o facto das pessoas apresentarem um baixo risco de doença e incapacidades, e desta forma praticarem um estilo de vida saudável mantendo uma vida social activa.

Para Ribeiro e Paúl (2011), a cultura é uma ferramenta fundamental para a adaptação ao envelhecimento, ajudando-nos a compreendê-lo e a compensar as limitações que lhe estão associadas. Referem que a cultura abrange meios sociais e pessoais disponibilizados numa perspectiva histórico-espacial, partilhando os seus recursos numa sociedade. Com o avançar da idade, há um aumento na necessidade da cultura, comparando assim os ganhos e as perdas que se torna menos positivo com a idade, com isto, é necessária a existência de uma compensação pela cultura, tendo em consideração a diminuição dos recursos biológicos do indivíduo.

Estes mesmos autores defendem que o envelhecimento bem-sucedido abrange três elementos fundamentais, que são a redução da probabilidade de doença e a incapacidade que está associada a mesma, a elevada capacidade cognitiva e funcional e o envolvimento activo com a vida.

Para os autores, este envolve a interação entre três factores importantes, a selecção, a optimização e a compensação (modelo SOC). A selecção está relacionada com as expectativas que estejam ajustadas para permitir assim a experiência subjectiva da satisfação assim como o controlo pessoal.

Sendo que a optimização é dirigida para a minimização e ganhos, quer a nível intra, quer a nível interpessoal, prevê que os idosos se envolvam em comportamentos capazes de aumentar e desenvolver as suas capacidades de reserva, e desta forma maximiza os percursos de vida escolhidos. Por fim, a compensação facilita a adaptação à perda, no sentido de manter ou optimizar o funcionamento anterior. É um mecanismo que se torna operativo quando as capacidades comportamentais ou as competências se perdem ou estão reduzidas, encontrando-se abaixo do nível adequado de funcionamento.

1.4. A Institucionalização do Idoso

Com o aumento da população idosa, atualmente, um dos marcos importantes no envelhecimento é a decisão de viver numa instituição, quer tenha sido por vontade própria, ou

por questões relacionadas com a dependência física, viuvez, ou até mesmo o familiar mais próximo não ter condições mínimas para o bem-estar do idoso.

De acordo com Cardão (2009) a institucionalização é uma decisão muito difícil, quer para o idoso quer seja para a família, e a adaptação bem-sucedida vai depender da personalidade de cada um, como também está relacionado com os factores ambientais e culturais.

Costa (2002) de um ponto de vista psicológico, descreve que para muitos idosos escolhem a institucionalização para ter uma relação de apoio e protecção com o objectivo de se sentirem em segurança se algo de mal acontecer. No entanto, é necessário que a qualidade que é oferecida na instituição sejam boa, pois torna-se fundamental, passando assim a ser uma rede de suporte formal e substituindo de alguma forma a rede de cuidados informais (família).

Do ponto de vista do idoso a sua ida para a instituição vai fazer com que exista uma quebra nos laços de família, amigos e vizinhos, no entanto Pais (2006) destaca que a insatisfação no internamento no lar é compensada pela desculpa dos filhos em relação a possíveis ressentimentos pela falta de apoio.

Para Berguer e Mailloux-Poirier (1995) devem haver alguns cuidados a ter num ambiente institucional, como por exemplo, o desenvolvimento de actividades que promovem a manutenção da saúde e do bem-estar, como também o melhoramento de cuidados em simultâneo com outras equias de cuidadores e a promoção de modelos de cuidados que sejam mais convenientes à readaptação e autonomia da pessoa idosa.

Fernandes (2002) salienta que se os cuidados forem desenvolvidos de uma forma impessoal terão um efeito negativo na vivência da pessoa institucionalizada.

De acordo com Melo e Neto (2003), a institucionalização nem sempre é uma forma de combater a solidão, pois por vezes os idosos tem dificuldades em partilhar o espaço, como o quarto, pois tem de dividir-lo com uma pessoa que é estranha.

Nesta fase, alguns idosos sentem-se um incomodo para os cuidadores, sentem-se inúteis, e impotentes face às transformações que vão tendo sucessivamente.

Na perspectiva de Lesemann e Martin (1993), a prestação de serviços em lares da Terceira Idade, tem como objectivo valorizar a perspectiva social em desvantagem de uma perspectiva quase exclusivamente médica, sendo que a principal preocupação é apenas os cuidados de saúde, e excluindo a dimensão social da vida do idoso.

De acordo com Pimentel (2001), a institucionalização surge quase sempre como uma opção para a família ou para os idosos que não tem família, como também o facto de já não

existir autonomia física é um factor de internamento. Principalmente em Portugal tem havido alguns estudos que tem demonstrado que os problemas de saúde e a perda na capacidade funcional, não são os principais motivos para a institucionalização do idoso, mas sim a solidão e a falta de suporte familiar.

Segundo Pereira (2008), quando existe a institucionalização do idoso, os familiares tem como responsabilidade manter os laços afetivos, sendo que nesta fase existem mudanças afectivas, com a necessidade de construção de novos afetos.

Segundo o mesmo autor, os idosos que são visitados ou que vão passar alguns dias com os seus familiares, ou até mesmo só um passeio no exterior, faz com aumente a sua auto-estima, caso contrário, se o idoso não tiver visitas quer seja de familiares ou amigos a auto-estima irá diminuir.

Assim sendo, para uma boa adaptação a instituição é fundamental existir as relações sociais que dentro da instituição como na comunidade. A institucionalização ainda continua a ser vista como um momento de angústia na vida do idoso, mas também pode ser visto como uma estabilidade, pois terão assim mais conforto nesta fase da vida.

Muitas vezes, a institucionalização é vista como um momento de angústia na vida do idoso por representar um corte com a sociedade envolvente, mas por outro lado, estes idosos poderão considerar que terão sempre o apoio que precisarem (Pimentel 2001).

O facto de com o decorrer do tempo existir uma grande ausência de uma rede de apoio familiar capaz de responder às necessidades de autonomia e bem-estar dos mais idosos, fez com que fossem criadas instituições de forma a proporcionar o bem-estar no envelhecimento.

A família ao optar pela a institucionalização do idoso, não considera por vezes uma decisão fácil, mas tem como objectivo proporcionar melhores condições de vida, de cuidado, de conforto e mais qualificadas do que aquelas que a família poderia oferecer ao mesmo (Perlini, Leite e Furini, 2007).

De acordo com estas autoras, em diversas situações as capacidades dos familiares ficam limitadas, e desta forma o idoso pode tornar-se um obstáculo à autonomia dos mesmo, quer com isto dizer, que os familiares sentem dificuldades em conciliar os cuidados que devem prestar ao idoso com o seu trabalho e com os deveres de casa. Posta esta situação para estas autoras, a única solução para esta situação é a institucionalização do idoso, este processo de transição segundo alguns estudos constitui uma fase de mudança e de conflito para a família.

A entrada para uma instituição pode para alguns idosos ser uma escolha involuntária, enquanto para outros será a única alternativa que lhes resta, como por exemplo, os idosos que

vivem sozinho e não tem família esta mudança pode representar um local que lhes proporciona proteção e cuidados que são necessários (Mazza & Lefèvre, 2004). Existe situações que é o próprio idos que considera que a institucionalização é uma escolha que lhes traz alguma estabilidade, isto é, tem apoio em qualquer circunstância, em termos de adaptação ao contexto institucional, Born e Boechat (2002) defendem que sendo esta mudança repentina nesta fase da vida avançada pode ser complicada para o idoso ou poderá ser uma experiência de segurança e de tranquilidade.

Desta forma, a institucionalização do idoso nos dias de hoje ainda é um tabu, pois ainda é considerada uma problemática social e familiar, e associada a esta ainda existe muitos sentimentos culpa por parte da família e ainda a dificuldade de adaptação a instituição devido sentimos de abandono e de isolamento por parte do idoso.

2. Bem-estar

O estudo científico sobre o tema Bem-estar no âmbito da Psicologia teve origem na década de 1960, sendo ativado por grandes transformações sociais, como por exemplo, o fim da Segunda Guerra Mundial e pelo facto de existir a necessidade de desenvolver indicadores sociais de qualidade de vida (Diener, 1984; Galinha & Ribeiro, 2005; Keyes, 2006; Ryff, 1989).

Nesse período, psicólogos sociais e do comportamento perceberam que tinham sido amplamente exploradas questões sobre doenças mentais e o sofrimento Humano, mas sabia-se muito pouco sobre a saúde mental e a felicidade (Diener, 1984; Ryff, 1989).

Primeiramente, o conceito de Bem-Estar surgiu principalmente relacionado com o poder económico, ou seja, este traduzia-se em bem-estar material, mas rapidamente procurou-se relacionar o bem-estar com conceitos como a saúde, as relações interpessoais e a qualidade de vida (Galinha & Ribeiro, 2005). Este conceito enquadra-se no constructo de saúde mental, sendo uma condição essencial para a mesma (Galinha, 2008). Dentro do bem-estar temos o “funcionamento psicológico óptimo” do indivíduo (Deci & Ryan, 2008), no entanto, ao longo da investigação deste constructo tem sido controversa a definição do que é uma experiência ótima ou uma boa vida. Em geral, o bem-estar apresenta cinco pilares que são sustentados ao facto de o sujeito sentir-se bem, apresentar capacidades humanas positivas, viver com um significado, ter bons relacionamentos e sentir-se realizado com a vida (Seligman, 2011).

O bem-estar é dividido em duas dimensões: o subjetivo que liga em si proporções de afeto positivo e negativo e também a satisfação com a vida; e o Bem-Estar Psicológico (BEP) que envolve o funcionamento psicológico mais complexo, que serão definidos seguidamente.

2.1. Bem-Estar Subjetivo

O Bem-Estar Subjetivo (BES) é resultado da tradição hedónica, este teve início no século XVIII durante o iluminismo, tem como objetivo a avaliação que o sujeito faz da sua própria vida e do seu desenvolvimento pessoal, como a sua felicidade e os valores fundamentais para a sociedade e desta forma proporcionando-lhe satisfação com a vida (Galinha&Ribeiro, 2005).

A história do conceito Bem-Estar Subjetivo, teve origem nos finais de 1950, tendo como principal base a tese que foi realizada por Wilson em 1960.

Wilson (1967) estudou duas hipóteses do Bem-Estar, relacionando os conceitos Satisfação e Felicidade, numa perspetiva base-topo (bottom up), sendo a satisfação imediata de necessidades que produz a felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer é a causa de infelicidade. Numa perspetiva Topo-Base (Top-Down), que está relacionada com o grau de satisfação necessário para Produzir a Felicidade, esta depende da adaptação ou do nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com outros, pelos valores pessoais, que ainda se estuda na atualidade no Bem-estar Subjetivo.

Segundo Neri (2007) os estudos relacionados com o bem-estar subjetivo originaram quatro aspetos centrais do mesmo: o primeiro especto salienta que o bem-estar subjetivo resulta de experiências individuais, não considerando nem a saúde, nem o conforto e nem a riqueza. O segundo especto realça o facto de a avaliação do bem-estar subjetivo compreende a saúde física e mental, as relações sociais e a espiritualidade. Relativamente ao terceiro aspecto o bem-estar subjectivo compreende os afetos, quer os positivos quer os negativos. E por fim, o bem-estar subjectivo compreende a satisfação com a vida, o que depreende que o mesmo seja constituído por uma componente emocional e por uma componente cognitiva.

Segundo Sagiv & Schwartz (2000) o bem-estar subjectivo deve ser distinguido um aspecto cognitivo, sendo conceptualizado como a Satisfação com a vida e um aspecto afetivo sendo conceptualizado como o sentimento de Felicidade ou Tristeza.

Para Ryff e Keyes (1995), o Bem-Estar Subjetivo é limitado, pois o bem-estar é para além da Satisfação com a Vida e a Felicidade.

Para diversos investigadores o Bem-Estar Subjetivo tem sido considerado um conceito e ao mesmo tempo um campo de estudo, Diener et al. (1997) designam três características fundamentais do bem-estar subjectivo enquanto campo de estudo. A primeira cobre toda a visão do Bem-estar, não focando apenas os estados indesejáveis sendo que as diferenças individuais nos níveis de Bem-estar positivo são consideradas importantes.

Neste campo de estudo é importante as condições que diferenciam pessoas que são ligeiramente felizes das pessoas que são moderadamente felizes e extramente felizes.

A segunda característica sugere que o Bem-estar Subjectivo é definido em termos das experiências internas do indivíduo, não partindo de critérios ou avaliações externas.

Por fim, a terceira e última característica define a procura dos estados de Bem-Estar Subjectivo de longo termo e não apenas o humor momentâneo, sendo que o investigador interessa-se não apenas pelas emoções passageiras mas sim pelo humor da pessoa a longo termo.

A definição de Bem-Estar Subjectivo enquanto conceito inclui duas dimensões, sendo elas a cognitiva, conceptualizada como Satisfação com a vida e a dimensão afectiva, conceptualizado como o sentimento de Felicidade ou Tristeza (Sagiv & Schwartz, 2000).

Sirgy (2002) define o Bem-Estar Subjectivo como um estado efetivo a longo termo, sendo composto por três componentes: a experiência acumulada de Afeto Positivo em domínios da vida importantes, a experiência acumulada de afeto negativo em domínios da vida importantes e por fim a avaliação da Satisfação com a Vida Global ou domínios específicos importantes.

Diener et al. (1997) definem também os componentes do bem-estar Subjectivo indentificando três componentes básicos, a satisfação com a vida, o afecto positivo e baixos níveis de afecto negativo. Deste modo, o bem-estar subjectivo está estruturado de forma que estes três componentes formam um factor global ou variáveis interrelacionais. Sendo que, cada um dos três componentes pode ser subdividido, isto é, a satisfação com a vida global pode ser dividida em satisfação com os vários domínios de vida e estes podem ser divididos em vários aspectos. O afeto positivo pode ser dividido em emoções, tais como alegria, afeição e orgulho. O afeto negativo pode ser dividido em emoções negativas como vergonha, culpa, tristeza e ansiedade.

Os mesmos autotes incluem na definição de Bem-estar subjectivo, como parte da dimensão afectiva, as variáveis negativas do humor, como a depressão e a ansiedade, definindo assim como sendo a forma como os indivíduos avaliam a sua vida e inclui variáveis como a satisfação com a vida, satisfação conjugal, ausência de depressão e ansiedade, e a presença de emoções e humor positivos.

A dimensão cognitiva do bem-estar subjectivo é representada pelo conceito de satisfação com a vida que será abordada no ponto seguinte deste capítulo.

De acordo com, Galinha et al. (2005) o bem-estar subjectivo é composto por duas dimensões: a dimensão cognitiva consiste na avaliação do indivíduo sobre a sua vida e vai conduzir a um maior ou menor grau de satisfação com a vida e a segunda dimensão é a emocional, que indica o grau de felicidade do indivíduo, relativamente à sua vida.

2.1.1. Satisfação com a vida

Na atualidade, os autores aceitam o bem-estar subjetivo como sendo uma entidade hierárquica e multidimensional, que corresponde à avaliação que o próprio sujeito faz relativamente à sua vida, e que pode ser composta por dois fatores: é um de natureza cognitivo e está relacionado com o julgamento da Satisfação com a Vida (SV) em geral ou por domínios específicos. O outro é de natureza emocional que está associado ao equilíbrio entre os afetos positivos e negativos (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

A SV é definida como já foi referido anteriormente como sendo uma avaliação global que é feita pelo próprio sujeito, relacionado com acontecimento do presente ou passado, incluindo os aspectos positivos da vida como a ausência de factores negativos (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

Neri (2001), define a satisfação com a vida como uma das medidas do bem-estar psicológico, que expressa a avaliação pessoal do indivíduo sobre determinados domínios.

A satisfação com a vida é um dos factores de bem-estar, que geralmente é definido como tendo uma vida boa e sendo feliz. O bem-estar subjectivo refere-se à avaliação, cognitiva ou afectiva, que o sujeito faz sobre a sua própria vida. As pessoas experienciam um bem-estar subjectivo quando apresentam estados afectivos positivos, quando realizam actividades que lhes dão prazer e quando estão satisfeitos com a sua vida (Diener, 2000).

A satisfação com a vida transmite o bem-estar individual, ou seja, é o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem as suas experiências de vida de uma forma positiva (Diogo, 2003).

Perloiro (2004) define a satisfação com a vida como sendo um dos aspectos do bem-estar subjectivo e retracts a sua dimensão cognitiva semelhante à avaliação mais ou menos positiva que cada sujeito faz da sua vida.

A satisfação com a vida é a forma como o individuo avalia positivamente a sua qualidade de vida em geral como um todo e de acordo com os seus próprios critérios (Pavot & Diener, 1993; Pavot & Diener, 2008).

Segundo os autores, Schwarz e Strack (1991) a Satisfação com a vida constitui um bom indicador social subjectivo, influenciado por factores contextuais que determinam a informação cognitiva acessível ao indivíduo durante a resposta.

Shin e Johnson (1978) definem satisfação com a vida como uma avaliação global da qualidade de vida de um indivíduo de acordo com um determinado critério escolhido por este. No entanto, há autores que consideram que a satisfação com a vida é uma das dimensões da qualidade de vida (Veenhoven, 2000), enquanto outros defendem que a satisfação com a vida é uma resposta à qualidade de vida (Palys & Little, 1983).

A satisfação com a vida (SV) pode ser breve ou estável a longo tempo, sendo um grau em que o indivíduo avalia a qualidade geral da sua vida, e também como uma autoavaliação de Felicidade (Veenhoven & Coworkers, 1994).

A SV é entendida como uma conceptualização cognitiva da Felicidade ou do Bem-estar subjectivo, podendo envolver sentimentos de realização das necessidades, dos objetivos e dos desejos do próprio (Michalos, 1985).

Segundo Diener (1984) a SV é um processo de julgamento cognitivo dependente de uma comparação das circunstâncias do próprio com o que ele acredita ser um padrão adequado. Assim, quanto maior for a discrepância entre a percepção das realizações na vida de um sujeito e o seu padrão de referência maior é a sua satisfação com a vida.

Para Diener (2000), os indivíduos que apresentam maior satisfação com a vida são aquelas que possuem maior suporte afetivo e os sujeitos que contam com os outros para o suporte instrumental, acreditam que no futuro serão mais satisfeitas.

Frisch (2001) também define a SV em termos cognitivos, assume que as correlações afetivas do bem-estar subjectivo são determinadas pelos julgamentos cognitivos de satisfação com a vida.

Resumindo, a SV é descrita como um julgamento cognitivo consciente, sendo que o próprio sujeito é responsável pela reunião dos critérios através dos quais é feito esse julgamento (Diener, 1984; Pavot e Diener, 1993).

2.1.1.1. Satisfação com a vida em Idosos

Como definido anteriormente, o envelhecimento é um processo caracterizado por uma grande variedade de mudanças, podendo estas ocorrer de uma forma tranquila ou podem ter um grande impacto na vida do idoso. Com o aumento significativo da população mais idosa, é de extrema importância garantir a qualidade de vida, felicidade e a satisfação com a vida no idoso.

Para se poder atingir a satisfação com a vida na velhice, é necessário que o sujeito ao longo do percurso de vida, se adapte às mudanças que são impostas entre o sujeito e o meio ambiente que surgem em diversos acontecimentos de vida, sendo que o tipo de respostas que os indivíduos escolhem como mecanismos de *coping*, mais tarde acaba por fazer a diferença entre elas, quando envelhecem, quer em termos de bem-estar e quer ao nível da satisfação de vida.

Segundo, Veenhoven (2000) a satisfação com a vida nesta fase está relacionada com poder subjectivo de adaptação e ajustamento do idoso às alterações da vida que surgem na última fase da vida.

As variáveis sociodemográficas têm sido alvo de diversos estudos, para verificar se existe relação entre elas e a satisfação com a vida; desta forma iremos abordar a idade, o estado civil, escolaridade e sexo na sua associação com a satisfação com a vida.

Quanto à variável idade, existem autores que afirmam que existe relação, havendo um acentuado declínio na satisfação com a vida em sujeitos que tem idades superiores a 70 anos (Baird, Lucas, & Donnellan, 2010).

De acordo com Gwozdz e Sousa-Poza (2009) este declínio não se deve à idade em si mas sim ao estado de saúde percebido. Este mesmo autor, aponta que a satisfação com a vida continua estável ao longo da vida, excluindo os sujeitos com mais de 85 anos, que estes sim, apresentam um declínio significativo na satisfação com a vida. No estudo de Martins (2004) concluiu que o facto dos sujeitos com menos idade tem mais satisfação com a vida.

Para Diener et al. (1990), defende que não existe relação entre a satisfação com a vida e a idade. Schilling (2006) defende que a satisfação com a vida não aumenta nem diminui com a idade.

Relativamente, à variável escolaridade, alguns autores que defendem que existe associação entre esta variável e a satisfação com a vida, sendo que quanto maior é o grau de escolaridade maior é a satisfação com a vida (John & Montgomery, 2010; Joia et al., 2007).

Relativamente à variável sexo, Guedea et al. (2006) que verificou que o sexo é uma variável preditora positiva da satisfação com a vida, sendo o sexo feminino que tem níveis mais elevados da satisfação com a vida.

Por fim, a satisfação com a vida quando relacionada com a saúde verificou-se no estudo de Inal et al. (2007) feito numa institucionalização, verificaram que a actividade física feita regularmente influenciam de forma positiva a satisfação com a vida.

Nos estudos realizados por Kunzmann et al, 2000;. Smith, 2001;. Smith et al, 2002 verificaram que a auto-avaliação do estado de saúde é um bom preditor na satisfação com a vida nos idosos.

2.2. Bem-Estar Psicológico

O Bem-Estar Psicológico (BEP) é um conceito que tem como base a teoria psicológica, em conjunto com os conhecimentos nas áreas da psicologia do desenvolvimento Humano, com o respectivo o funcionamento psicológico positivo ou ótimo (Ryff, 1989).

O modelo do BEP surgiu no final da década de 1980, com o trabalho de Ryff (1989) com o objectivo de definir a constituição base do bem-estar no contexto psicológico.

O Bem-estar Psicológico insere-se num domínio de estudo de desenvolvido a partir de duas hipóteses prévias. A primeira respeita o facto de que o conhecimento adquirido a partir do estudo do sofrimento psicológico e das desordens psicopatológicas não permite salientar as causas e as consequências do funcionamento psicológico positivo. O segundo pressuposto, está associado ao reconhecimento de que, não obstante nas últimas décadas ter havido um esforço de caracterização do funcionamento positivo, a concepção de bem-estar que lhe subjaz é extremamente restrita.

O modelo de bem-estar psicológico tem como base algumas críticas que foram feitas ao modelo do bem-estar subjetivo, como por exemplo, o facto deste modelo ser muito limitado.

Assim, Ryff (1989) introduziu um modelo multidimensional, baseando-se em conceitos de crescimento pessoal e desenvolvimento Humano e autorrealização, formulando assim um modelo de seis componentes do Bem-Estar Psicológico (BEP), que posteriormente é reorganizado e reformulado por Ryff e Keyes (1995). A primeira é a autoaceitação, esta é definida como sendo um espectro central da saúde mental, revelando um elevado nível de autoconhecimento, ótimo funcionamento e maturidade. A segunda componente, é o relacionamento positivo com outras pessoas, e está relacionado com os fortes sentimentos de empatia e afeição por todos os seres Humanos, a capacidade de amar fortemente, mantendo uma amizade etc. A terceira componente é a autonomia, tendo como, indicadores o locus interno de avaliação e o uso de padrões internos de autoavaliação, resistência à aculturação e independência relativa de aprovações externas.

A quarta componente é o domínio do ambiente, a aptidão que o individuo tem para escolher ou criar ambientes adequados às suas características psíquicas. A quinta componente é o propósito de vida, é o facto de existir manutenção de objectivos, intenções e de senso de

direcção perante a vida, mantendo o sentimento de que a vida tem um significado. Por último, o crescimento pessoal, significa a necessidade de constante crescimento e aprimoramento pessoais, abertura a novas experiências, vencendo desafios que se apresentam em diferentes fases da vida.

Ryff (1989) parte da revisão dos trabalhos e concepções de Aristóteles sobre natureza humana, nomeadamente, uma concepção que assenta no potencial e virtude do ser humano, mas também partiu das orientações teóricas psicodinâmicas e humanistas, nomeadamente dos fenómenos de individuação (Jung, 1933), auto-realização (Maslow, 1968), maturidade (Allport, 1961), funcionamento pleno (Rdgers, 1961) e desenvolvimento humano (Erickson, 1959; Neugarten, 1973).

O senso de bem-estar psicológico é determinado pela interação entre as oportunidades e as condições de vida, a maneira como as pessoas como organizam o conhecimento sobre si e sobre os outros e as formas como respondem às exigências pessoais e sociais. A consciência sobre a existência de um processo de constante deslocamento de metas em relação a objetivos mais elevados favorece o ajustamento e a maturidade individual (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

2.2.1. Bem-Estar Psicológico em idosos

No decorrer do envelhecimento, o conceito de bem-estar psicológico exige alguma atenção, tendo em conta que este se constitui fundamental para o idoso poder usufruir de uma velhice bem-sucedida (Fonseca, 2006).

O estudo do bem-estar psicológico é fundamental para podermos compreender o impacto nesta fase da vida e assegurando um grau minimamente satisfatório relativamente ao bem-estar psicológico. O bem-estar psicológico, por seu lado, possibilita o envelhecimento bem-sucedido que se caracteriza como o processo de maximização dos ganhos e, conseqüentemente, a minimização das perdas (Baltes e Baltes, 1990).

Em relação à análise dos fatores sociodemográficos do bem-estar psicológico, a investigação verificou relativamente a variável idade, segundo Neri (2007) o bem-estar psicológico diminui à medida que os indivíduos envelhecem; este resultado vai ao encontro do resultado do estudo de Silva (2009), que verificou que à medida que a idade aumenta o bem-estar psicológico diminui. No estudo realizado por Queroz e Neri (2005), verificou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa positiva entre a idade e o bem-estar psicológico. Melo (2014) no seu estudo verificou que o grupo com idade mais avançada entre os 80 e 93

anos apresentavam menos BEP. Neste mesmo estudo, quando comparados o estado civil e o BEP, foram os casados que apresentaram menor BEP. No estudo de Springer e Houber (2011) verificou-se que nas dimensões crescimento pessoal e objetivos de vida diminuem com o avançar da idade.

Para a variável sexo, verificou-se no estudo realizado por Medeiros e Ferreira (2011) foram verificadas diferenças entre o bem-estar psicológico e os sexos na dimensão “relações positivas com os outros”, sendo o sexo feminino que tem elevados níveis de bem-estar psicológico.

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

No que se refere à escolaridade, relativamente aos resultados do estudo de Silva (2009), que verificou que existe uma associação significativa e positiva com o bem-estar psicológico, verificando-se assim para uma diminuição deste à medida que o nível de escolaridade aumenta.

Relativamente ao estado civil de acordo com Argyle (2003) e Galinha (2008), os sujeitos casados ou união de facto, apresentam elevados níveis de bem-estar psicológico quando comparados com os que vivem sozinhos, são solteiros, divorciados ou viúvos.

Segundo o estudo de Sequeira e Silva (2002) concluíram que o estado civil, o contato com filhos, família e/ou amigos, o viver acompanhado/sozinho, a perceção das situações económica e de saúde como boas e ser ativo são alguns dos fatores responsáveis pelo bem-estar psicológico nas pessoas de idade avançada.

No estudo de Novo (2003) verificou que os sujeitos casados tem níveis de bem-estar psicológico mais baixo do que os sujeitos viúvos, sendo que para esta autora a relação entre o estado civil e o bem-estar psicológico não era forte. De acordo com a autora, a condição casamento nos idosos não era sinal de bem-estar, assim como a viuvez não era sinal de mal-estar.

Relativamente às variáveis satisfação com a vida e o suporte social não variaram com o factor institucionalização.

3. Suporte Social

Actualmente, o suporte social é considerado um dos principais conceitos na psicologia da saúde (Dunbar, Ford e Hunt, 1998).

O Suporte Social é definido como sendo um apoio que é prestado ao sujeito através do contacto social com os outros indivíduos. Este suporte faz com que o sujeito se considere amado, e que se sinta que se preocupam com ele, assim como ele se preocupa com os outros, sentindo-se como se pertence-se a um sistema de comunicação com obrigações mútuas (Cobb, 1976).

O suporte social é visto como um processo transaccional, em que o sujeito interage com o meio, sendo influenciado por este e influenciando por ele (Lazarus & Folkman, 1986).

Para Cramer, Henderson e Scott (1997) o suporte social pode ser percebido ou recebido, definindo o primeiro como o percebe como disponível se precisar dele, e o segundo descreve o suporte social que foi recebido por alguém.

Segundo os autores Dunst e Trivette (1990) o suporte social refere-se aos recursos que estão a dispor dos indivíduos e às unidades sociais, tais como a Família, que respondem aos pedidos de ajuda e assistência.

Cobb (1976) definiu suporte social como sendo informação que faz parte de três classes, sendo elas, a informação que leva o sujeito a acreditar que é amado e que é alvo de preocupação por parte das pessoas, a outra classe, é o facto da informação que faz com que o indivíduo acredite que é apreciado e que tem valor e por fim a última classe, é a informação que conduz o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.

Para Caplan et al. (1974) o suporte social é uma ligação entre sujeitos e ou grupos que tem como objectivo o melhoramento das capacidades adaptativas em situações de crise em fase de mudança, assim como também no stress, no controlo emocional, encorajando uma autoavaliação encorajada.

A definição do suporte social segundo Lin (1986) é a deste ser como o apoio acessível a um indivíduo, através das ligações sociais com outros indivíduos, grupos e com a comunidade.

Para Dunst & Trivette (1990) existe duas fontes de suporte social, sendo informal ou formal. Sendo que as informais englobam em simultâneo os indivíduos, tais como, os familiares, amigos, vizinhos, padres entre outros e os grupos sociais do dia a dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos. A fonte de suporte social formal abrange de igual modo as organizações sociais formais, tais como, os hospitais, serviços de saúde, como

os profissionais, médicos, assistentes sociais, psicólogos entre outros, que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Segundo Paúl e Marinho (2010), o suporte social é classificado por dois tipos, isto é, pode ser psicológico que é o que está relacionado com a satisfação com a vida e com o bem-estar psicológico e o segundo tipo é instrumental que está associado com as situações em que o sujeito apresenta uma capacidade física reduzida.

Segundo Paúl (1997), o suporte recebido por familiares é muito importante, pois quanto maior é o nível do apoio instrumental, maior é o nível de manutenção do bem-estar psicológico do sujeito. Sendo que o suporte recebido pelos amigos e vizinhos também tem a sua importância para a manutenção do bem-estar subjectivo, que pode ser determinante para o apoio instrumental, no caso de existir ausência do apoio familiar.

Para finalizar, o suporte social deriva de várias fontes, como a família, promovendo um suporte emocional e a assistência pelo suporte informal (Matsukura, Marturano, Oischi e Borasche, 2007).

3.1. Suporte Social em Idosos

Para o processo do envelhecimento, tem sido importante destacar a relevância das redes de suporte das pessoas idosas, para ultrapassar os acontecimentos que podem gerar stress na fase avançada de vida, sendo desta forma um tema bastante estudado actualmente (Araújo & Melo, 2011).

É importante que as pessoas idosas reforcem os seus laços sociais, quer a nível familiar, quer a nível da sua aproximação à comunidade através de instituições, redes de vizinhança, de forma a retirar a ideia de uma velhice que está associada ao abandono e ao isolamento (Araújo & Melo, 2011).

O suporte social é de extrema importância na fase do envelhecimento, uma vez que este apresenta como sendo uma consequência no desenvolvimento do bem-estar psicológico (Tavares & Claudino, 2010).

De acordo com Krause (2006), o suporte social é visto como o principal fator para que exista o chamado envelhecimento bem-sucedido.

Os estudos apresentados têm demonstrado que a redução do contacto social no envelhecimento, não se deve à redução de contacto com as redes de apoio informal, como a família e os amigos mais próximos, mas ao facto dos contactos com os membros periféricos são reduzidos (Carstensen, 1995).

É especialmente nesta fase da vida, que se deve ter em consideração a dificuldade das pessoas idosas no estabelecimento de novos relacionamentos e a dificuldade que sentem a junta-se com pessoas com as quais não se identificam (Cordo, 2001).

Relativamente a variável sexo, verificou-se no estudo de Satuf e Bernardo (2015) que a satisfação com o suporte social quando comparando entre homens e mulheres, foram verificadas diferenças na dimensão actividades sociais, sendo que os homens foram os que apresentaram mais satisfeitos com o suporte social.

Quando relacionado com a variável idade, verificou-se no estudo realizado por Prezza e Pacilli (2002), que os idosos com mais de 66 anos foram os que apresentaram níveis mais baixos de suporte social. Segundo estes autores quanto mais idade o idoso tem mais sente a falta de relações de suporte.

Segundo os autores Santos et al. (2003) também verificou no seu estudo que à medida que a idade aumenta, diminui a satisfação com o suporte social.

Relativamente ao estado civil, os principais resultados parecem apontar para diferenças significativas ao nível dos afetos negativos e ao nível da quantidade de suporte social. De acordo com os resultados obtidos por Freitas (2011), o estado civil contribui para uma diferença significativa ao nível da rede social, uma vez que o casamento se apresenta como tendo um efeito protetor. Segundo o estudo de Stoller (1992) os resultados indicam que para os idosos casados, a relação com o cônjuge é a principal fonte de suporte. De acordo com Paúl (2006), o casamento é das relações afetivas próximas que mais beneficia o envelhecimento bem-sucedido, sendo os cônjuges são considerados na maioria das vezes, das principais pessoas que prestam o apoio.

Está relatado que um maior grau de escolaridade, promove aptidões sociais e de comunicação que levam a condições simplificadas de melhor compreensão do suporte social (Seidl et al, 2005). O estudo de Santos e seus colaboradores (2003) também apresentou uma relação entre a escolaridade e o suporte social, visto que, a satisfação com o suporte social percebido aumenta à medida que o nível de escolaridade também é maior.

4. Diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados na satisfação com a vida, bem-estar psicológico e suporte social

A maioria dos idosos tem como objectivo de viver esta última fase da vida na sua própria casa, o que faz com que procure mais o apoio domiciliário, do que propriamente a ida para o lar.

A mudança da sua residência para uma instituição é sempre um grande desafio para a população idosa, pois encaram com uma mudança muitas vezes profunda do seu estilo de vida, sendo afastados de todo seu programa existencial (Júnior e Tavares, 2005). Esta mudança também suporta a passagem de ser livre e autónomo, para ter de ceder dos seus gostos pessoais e objectivos para se adaptar à ideia que neste momento encontra-se numa instituição onde existem regras que devem ser cumpridas. (Jacob, 2007).

Para os idosos que vivem sozinhos e não têm família a institucionalização pode ser visto como um local de proteção e de cuidados (Mazza & Lefèvre, 2004).

Segundo Custódio (2008), a institucionalização pode fazer com que afaste alguns laços que o idoso mantinha na sociedade, e desta forma pode explicar o facto dos idosos que não se encontram institucionalizados apresentem um maior nível de suporte social.

Relativamente aos idosos que habitam na sua própria casa, vêem a institucionalização como um último recurso, quando já não tem autonomia ou a família não tem disponibilidade para cuidar deles (Pimentel, 2001). Apesar desta situação, a percepção de bem-estar é maior nos idosos que estão nas suas casas pois, mesmo que o idoso que seja institucionalizado receba cuidados e apoio que também proporcionam o aumento do bem-estar, esta também provoca ao idoso uma perda na autonomia e na privacidade que são factores fundamentais para o bem-estar, e paralelamente a perda do ambiente familiar. (Bockerman et al., 2012).

Gueldner et al. (2001), realizaram um estudo, que tinha como objectivo estudar a satisfação com a vida em idosos institucionalizados e em idosos que habitavam na sua casa. Foram verificados níveis mais baixos de satisfação com a vida em idosos institucionalizados do que nos idosos que não estavam institucionalizados. Estes autores justificam estes resultados, dizendo que não são delineaes, ou seja, que a institucionalização não será a causa de um pior nível da satisfação com a vida.

Um outro estudo sobre a relação entre a satisfação com a vida e a institucionalização (Böckerman et al., 2012) verificou que os idosos em instituições têm níveis mais elevados de satisfação com a vida do que os idosos que habitam nas suas próprias casas. Este resultado pode ter a ver com facto de muitos idosos já não se sentirem em condições de cuidar de si mesmo, e como no país onde foi realizado o estudo existem listas de espera para a entrada do lar e estes necessitam mesmo do apoio da instituição e assim, estes idosos tendem a apresentar níveis baixos de satisfação com a vida.

Dahlan, Nicol e Maciver (2010) verificaram que os idosos institucionalizados têm um nível de satisfação com a vida estável, apesar da adaptação a instituição nem sempre é um

processo fácil, sendo que existe a perda do conforto do seu lar e privação social, podendo esta também proporcionar situações que melhorem o nível de satisfação com a vida em idosos institucionalizados.

Apesar destes resultados, não há uma forma sequenciada de caracterizar a Satisfação com a Vida nos idosos quer estes estejam institucionalizados ou não (Calixto e Martins, 2011).

Ainda relativamente a satisfação com a vida, um estudo que pretendeu verificar se existia relação entre a satisfação com a vida e o tempo de permanência no lar, no qual os seus resultados demonstraram que não existe associação entre o tempo e a satisfação com a vida, isto pode estar associado ao facto de a maioria dos idosos terem um bom ajustamento no processo de adaptação à institucionalização (Calixto e Martins, 2011).

Relativamente ao bem-estar psicológico, segundo o estudo realizado por Tejal (2010), verificou-se que os idosos não institucionalizados apresentaram níveis mais elevados de bem-estar psicológico do que os idosos institucionalizados.

No que se refere ao suporte social, num estudo realizado por Satuf e Bernardo (2015), que tinha como objectivo verificar a existência ou não de diferenças entre o suporte social em idosos institucionalizados e em idosos não institucionalizados. Verificou-se que os idosos não institucionalizados apresentavam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social nas dimensões ESSS Total; intimidade e satisfação com a família.

5. Objectivos e Hipóteses

Tendo em conta que o envelhecimento tem aumentado ao longo das últimas décadas, e já existindo diversos estudos realizados sobre este tema, é pertinente estudar e aprofundar mais o tema, no sentido de compreender o impacto da ida para o lar a vários níveis. Desta forma, o principal objectivo é o de comparar uma amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados nas variáveis satisfação com a vida, do bem-estar psicológico e do suporte social.

Pretende-se ainda averiguar a relação entre as três variáveis e as variáveis sociodemográficas tais como, o sexo, a idade, o estado cívil e a escolaridade.

As hipóteses estabelecidas nesta investigação são as seguintes:

H1- Espera-se que os idosos não institucionalizados tenham níveis mais elevados de satisfação com a vida.

H2- Espera-se que os idosos não institucionalizados tenham níveis mais elevados de bem-estar psicológico.

H3- Espera-se que os idosos não institucionalizados tenham níveis mais elevados de suporte social.

H4- Espera-se que não exista relação entre o tempo de internamento e a satisfação com a vida.

H5- Espera-se que exista uma correlação negativa entre a idade e a satisfação com a vida, do bem-estar psicológico e de suporte social.

CAPÍTULO 2.

ESTUDO EMPÍRICO

1. Metodologia

Este estudo tem um desenho de investigação observacional, descritivo e comparativo.

1.1. Amostra

A amostra foi constituída por dois grupos, sendo o primeiro grupo composto por 42 (52.5%) idosos institucionalizados, o segundo grupo é composto por 38 idosos (47.5%) não institucionalizados (ver Tabela 1). O critério de inclusão para ambos os grupos foi o de terem idade igual ou superior a 65 anos.

Tabela 1. Distribuição da amostra face à institucionalização

	nº	%
Institucionalizados	42	52.5
Não Institucionalizados	38	47.5
Total	80	100

Na tabela 2 podemos observar a caracterização dos dois grupos ao nível das variáveis sociodemográficas sexo, estado civil, escolaridade, situação económica e ainda a percepção do estado de saúde.

Tabela 2. Caracterização da amostra nas variáveis sexo, estado civil, escolaridade, situação económica e percepção do estado de saúde, em função da institucionalização

	Institucionalizados		Não institucionalizados		χ^2 <i>p</i>
	(N=42)		(N=38)		
	N	%	N	%	
Sexo					3.16 .08
Masculino	8	19	14	36,8	
Feminino	34	81	24	63.2	
Estado civil					17.34 .00
Solteiro	6	14.3	5	13.2	
Casado/união de facto	4	9.5	15	39.5	
Separado/Divorciado	0	0	4	10.5	
Viúvo	32	76.2	14	36.8	
Escolaridade					17.37 .00
Não frequentou a escola	19	45.2	5	13.2	
4ºano	20	47.6	24	63.2	
6ºano	0	0	4	10.5	
9ºano	0	0	4	10.5	
Situação económica					1.68 .43
Má	13	31	8	21.1	
Média	27	64.3	26	68.4	
Boa	2	4.8	4	10.5	
Percepção de saúde					31.78 .00
Muito má	1	2.4	14	36.8	
Má	16	38.1	22	57.9	
Média	21	50	2	5.3	
Boa	4	9.5	0	0	

Nota. χ^2 - Qui-Quadrado

Como podemos verificar na tabela 2, existem diferenças significativas entre os dois grupos ao nível do estado civil ($p = .00$) sendo há mais casados nos não institucionalizados 39.5% e viúvos nos institucionalizados 76.2%, na escolaridade existem diferenças significativas ($p = .00$) sendo que há mais idosos institucionalizados que não frequentaram a escola 45.2% e da percepção do estado de saúde existiu diferenças significativas ($p = .00$), sendo que há mais idosos não institucionalizados que responderam que têm a saúde muito má 36.8% e mais institucionalizados a dizer que tem boa saúde 9.5%.

Tabela 3. Distribuição da amostra face ao Tempo no Lar

Tempo no Lar	Idosos Institucionalizados	
	nº	%
Até 1 ano	7	16.7
2 anos	4	9.5
3 anos	5	11.9
4 anos	5	11.9
5 anos	6	14.2
6 anos	3	7.1
7 anos	4	9.5
8 anos	2	4.8
9 anos	1	2.4
10 anos	2	4.8
11 anos	1	2.4
12 anos	1	2.4
14 anos	1	2.4

Na tabela 3, verificamos que dos idosos institucionalizados 16.7% estão nesta situação há menos de 1 ano. Entre 3 e 5 anos, encontram-se 38% dos idosos. De salientar a existência de 1 idoso que já se encontra no Lar há 14 anos.

Tabela 4. Distribuição da amostra face à Iniciativa Ida para o Lar

Iniciativa Ida para o Lar	Idosos Institucionalizados	
	nº	%
Iniciativa Própria	19	45.2
Iniciativa de Familiares	20	47.6
Iniciativa de Amigos	2	4.8
Iniciativa de Técnicos de Acção Social	1	2.4

Quando questionados sobre quem teve a iniciativa de ir para o Lar, foi referido por 47.6% dos idosos que foi através dos Familiares, enquanto 45.2% afirmaram que foi por iniciativa própria (ver tabela 4).

Tabela 5. Distribuição da amostra face às Visitas

Visitas	Idosos Institucionalizados	
	nº	%
Filho	7	16.6
Amigo/a	2	4.8
Irmão/ã	2	4.8
Filho, Parente Próximo e Vizinho	3	7.1
Filho e Parente Próximo	5	11.9
Amigo e Vizinhos	2	4.8
Filho, Amigo e Vizinhos	2	4.8
Irmão e Parente Próximo	1	2.4
Filho e Irmão	4	9.5
Filho e Amigo	4	9.5
Filho e Vizinhos	4	9.5
Amigo e Irmão	4	9.5
Filho, Amigo e Irmão	2	4.8

Através da tabela 5, podemos observar que 16.6% dos idosos recebem visitas dos filhos, enquanto 11.9% afirmam ser dos filhos e parentes próximos.

Se apenas verificarmos as respostas relativas aos filhos, concluímos que esse valor eleva-se para os 73.7%.

Tabela 6. Distribuição da amostra face à Regularidade da Visita

Regularidade da Visita	Idosos Institucionalizados	
	nº	%
Uma vez por mês	13	31
Duas vezes por mês	15	35.7
Três vezes por mês	7	16.7
Quatro vezes por mês	3	7
Cinco vezes por mês	2	4.8
Dez vezes por mês	1	2.4
Vinte vezes por mês	1	2.4

Relativamente à regularidade das visitas, verificamos que se destacam as duas visitas com 35.7%, seguido de uma visita com 31% e de três visitas com 16.7%. Saliente-se um idoso que referiu receber 10 visitas por mês (ver tabela 6).

Tabela 7. Distribuição da amostra face a Com Quem Vive

Com Quem Vive	Idosos Não Institucionalizados	
	nº	%
Sozinho	14	17.5
Com Família	22	27.5
Com Amigos	2	2.5

Podemos verificar na Tabela 7, relativamente à variável com quem vive, 27.5% dos idosos não institucionalizados vivem com a família, e 17.5% vivem sozinhos.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Anexo 2 e 3) foi construído por nós com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos para caracterizar a amostra, como a idade, sexo, estado civil, escolaridade, número de filhos, situação económica e saúde. Existiram duas versões, uma dirigida aos idosos institucionalizados e outra aos idosos não institucionalizados. Aos primeiros foi inquirido se a decisão de ir para o lar foi por iniciativa do próprio ou não, se costuma ter visitas e há quanto tempo se encontra no lar. Aos idosos não institucionalizados foi inquirido com quem viviam.

1.2.2. Escala de Satisfação com a vida

A Escala de Satisfação com a Vida (anexo 4) (*Satisfaction with life scale – SWLS*), desenvolvida e validada por Diener e Emmons, Larsen e Griffin (1985); versão traduzida por Baptista (2011), com o objetivo de avaliar o juízo subjectivo que cada sujeito faz sobre a qualidade da própria vida, de maneira positiva ou negativa como as pessoas experienciam a vida, tendo em conta os critérios estabelecidos por si e não pelo investigador (Pavot & Diener, 1993). Assim, o sujeito tem a liberdade de completar e avaliar, da forma que quiser, os vários domínios da sua vida em geral. A SWLS é um instrumento breve, de fácil compreensão, aplicação e cotação, e é suscetível de ser usado com adultos de todos os níveis etários e de diversos níveis culturais. Inicialmente, a escala era composta por 48 itens, sendo posteriormente reduzida para 5 itens, evidenciando assim as propriedades psicométricas, principalmente em relação à consistência interna e a fiabilidade temporal.

Posteriormente, foi objeto de uma revisão realizada por Pavot e Diener (2003), concluindo-se que é uma medida válida da dimensão cognitiva da BES, com aplicabilidade a diversos contextos de investigação e facilmente traduzida para várias línguas.

A SWLS é constituída por 5 itens formulados no sentido positivo com uma escala de resposta tipo Likert de 7 pontos, sendo que 1- “Discordo Totalmente” e 7- “Concordo Totalmente”, pelo que a pontuação do sujeito pode variar entre 5 a 35 pontos, sendo que a pontuação 20 representa a pontuação média, esta escala apresenta alfa de cronbach de .77 e da análise fatorial resultando um único fator que explica 53.1% da variância, sugerindo boas qualidades psicométricas.

Na sua elaboração, Diener et al. (1985) tiveram como suporte uma escala de 45 itens, à qual realizaram, a uma análise fatorial, obtendo como resultado três fatores: Satisfação com a vida, Afeto Positivo e Afeto Negativo, 10 dos itens apresentavam uma saturação de .60 no fator Satisfação com a Vida, sendo este grupo reduzido posteriormente a 5 itens, minimizando redundâncias em termos de enunciado e com custos mínimos ao nível da consistência interna (Pavot & Diener,1993).

Esta escala tem mostrado uma forte consistência interna e uma moderada estabilidade temporal (Pavot & Diener,1993. Diener e colaboradores (1985) referem um coeficiente alfa de .87, o teste-reteste com um intervalo de dois meses entre cada aplicação, demonstrando uma boa fidedignidade (.82).

Diener e Colaboradores (1985) e Pavot e Diener (1993) encontraram uma estrutura unifatorial na SWLS explicativa de 66% da variância da escala, sendo este resultado respondido em vários estudos (Arrindell, Meeuwesen & Huyse,1991; Pavot et al., 1991). Estes estudos demonstraram que o último item é o mais fraco em termos de convergência do que os restantes. A validade de constructo do instrumento é verificada nas correlações positivas e significativas que o mesmo apresenta com os 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). Por outro lado, mostrou estar negativamente relacionado com a depressão, com o afecto negativo, a ansiedade e ou neuroticismo (Diener et al., 1985; Larsen, Diener & Emmons, 1985; Blais et al., 1989; Pavot & Diener,1993).

No que se refere à validade discriminante da SWLS, pois embora a satisfação com a vida e o bem-estar subjectivo estejam relacionadas, são constructos independentes, existem

resultados que sugerem a evidência da validade discriminante da escala (Pavot & Diener,1993; Lucas, Diener & Suh,1996; eid & Diener,2004).

A Escala SWLS foi validada pela primeira vez para a população portuguesa por Neto et al. (1990), foi baseada na versão original de Diener et al. (1985). O estudo foi realizado com uma amostra de 308 professores do ensino básico e secundário, com idade média de 38.8 anos, com 16 anos de serviço. Este estudo teve uma consistência interna com alfa de cronbach de .78.

Posteriormente, foi realizada outra validação da SWLS, por Simões (1992),retocando alguns aspetos da tradução, de forma a tornar o conteúdo mais compreensível para populações com um nível de escolaridade baixo, reduzindo para 5 o número de alternativas de resposta, simplificando assim o preenchimento da escala. O autor reformulou o instrumento reduzindo o número de respostas dos sete itens para cinco itens (1- discordo muito; 2- discordo um pouco; 3- não concordo nem discordo; 4- concordo um pouco; 5- concordo muito). Obteve uma boa consistência interna (coeficiente α de Cronbach de .77) e uma boa validade convergente, demonstrando correlação positiva com uma medida diária da satisfação com a vida. Também demonstrou uma boa validade preditiva, correlacionando-se positivamente com tarefa de recordação diferencial, baseando-se no pressuposto de que os indivíduos com maior satisfação com a vida tenderão a recordar mais eventos positivos que negativos (Simões, 1992). No presente estudo, esta escala apresenta um alfa de cronbach de .65.

1.2.3. Escala do Bem-estar Psicológico

A Escala de Bem-Estar Psicológico (anexo 5) (EBEP) foi desenvolvida por Carol Ryff (1989) com o objectivo estudar o funcionamento positivo do bem-estar psicológico dos indivíduos, contemplando um conjunto de características afetivas e cognitivas. Estas características foram compreendidas em seis dimensões diferentes, sendo elas, a Aceitação de Si (AS), o Crescimento Pessoal (CP), o Sentido da Vida (SV), as Relações Positivas com os Outros (RP), o Domínio do Ambiente (DA), e por fim a Autonomia (AU) (Ryff 1989; Ryff & Essex,1992; Ryff & Keyes,1995).

Foi desenvolvida através do modelo teórico de bem-estar psicológica de Ryff(1989), existindo assim, uma escala para cada dimensão, sendo elas a Aceitação de Si (AS), sendo que esta escala que permite identificar a aceitação dos vários aspectos do *self*, do passado e das qualidades pessoais positivas e negativas. A segunda dimensão é o Crescimento Pessoal (CP) a escala criada para esta dimensão tem como objectivo identificar a percepção pessoal de um contínuo desenvolvimento, perspectiva de novas experiências e interesse no enriquecimento

pessoal. A Terceira dimensão, designada por Sentido da Vida (SV), esta escala pretende identificar, de que forma os indivíduos reconhecem os seus objectivos atingir, dando assim um sentido significativo à vida. A escala desenvolvida para a dimensão Relações Positivas com os Outros (RP) com objectivo de verificar o interesse e preocupação com esfera interpessoal, como por exemplo, a capacidade de estabelecer relações satisfatórias com os outros. A dimensão, o Domínio do Ambiente (DA), tendo escala que pretende captar o sentido de domínio de da competência na forma de lidar com o meio, tendo assim a capacidade para criar contextos adequados às necessidades pessoais. E por fim, a última dimensão, sendo também a última escala que, denominada por Autonomia (AU) com o objectivo de verificar a capacidade dos sujeitos para resistir às pressões sociais e avaliar-se, com base em padrões pessoais. As seis escalas do Bem-Estar Psicológico foram elaboradas e validada como medidas independentes e autónomas.

Primeiramente, a escala era constituída por 120 itens, 20 por escala, passando a existir diversas versões reduzidas das escalas do bem-estar psicológico. A consistência interna para cada escala foi de coeficientes entre .86 e .93, com uma grande estabilidade temporal com coeficientes entre .81 e .88.

Ryff & Essex (1992) propuseram uma nova forma de escalas com 14 dos 20 itens por escala, dando assim um total de 84 itens. Esta nova forma reduzida apresentou níveis de consistência interna com coeficientes entre 0.86 e .93).

Posteriormente, foi traduzida e adaptada para a população portuguesa, por Novo et al. (2004), sendo que a versão experimental reduzida foi constituída através das dimensões do bem-estar psicológico elaborada por Novo, Duarte Silva e Peralta, em 2004, tendo três itens por escala, com um total de 18 itens.

As suas respostas são assinaladas numa escala Likert de 1 a 6 que varia entre 1(Discordo Completamente) a 6 (Concordo Completamente), é constituída por 18 itens, cujo o seu principal objectivo é avaliar seis dimensões associadas ao bem-estar psicológico.

Nesta escala existem 6 dimensões, nomeadamente: a Autonomia (AU) tem como item positivo 1 e itens negativos 7,13, as Relações Positivas com os outros (RP) item positivo 10 itens negativos 4; 16, o Crescimento Pessoal (CP) itens positivos 3;9 item negativo 15, o Domínio do meio (DM) item positivo 8 itens negativos 2;14., os Objectivos de vida (OV) itens positivos 11; negativos 5;17 e Aceitação de Si (AS) itens positivos 6,12 negativo 18. Para os itens positivos atribui-se a pontuação directa correspondente a resposta dada. Itens negativos inverte-se 1-6 2-5 3-4 4-3 5-2 6-1.

Segundo Novo (2003) as escalas apresentam dois objectivos, sendo o primeiro objectivo a perspectiva do funcionamento mental normal do indivíduo, tendo em atenção o reconhecimento da existência de recursos psicológicos efectivos. O segundo objectivo está relacionado com as dimensões do funcionamento designado como bem-estar subjectivo indo para além da felicidade e da satisfação, alcançando o construto bem-estar.

No estudo de validação para a população portuguesa, por Novo et al. (2004), verificou-se que a consistência interna (alfa de Cronbach) para a dimensão Autonomia é .53, para o Domínio do Meio é .55, para Crescimento Pessoal é .45, para as Relações Positivas com os outros é .45, para os Objectivos de Vida é .61, para a Aceitação de Si é .64 e para o BEP Total é .84.

1.2.4. Escala de satisfação com o suporte social

A escala de satisfação com o suporte social (anexo 6) foi desenvolvida por Wethington e Kessler (1986), esta escala foi construída com o objectivo de medir a satisfação com o suporte social existente.

É um questionário de autopreenchimento, que permite a operacionalização da variável satisfação com o suporte social, sendo constituída por 15 itens, que se dividem em quatro subescalas: Satisfação com a amizade (SA) que contém 5 itens, Intimidade (IN) com 4 itens, Satisfação com a família (SF), de 3 itens e Actividades Sociais (AS) com 3 itens., com respostas de tipo Likert sendo de A a E sendo A "concordo totalmente" e E "discordo totalmente". O resultado é obtido através do somatório de todos os itens, variando os resultados entre 15 a 75, sendo que os resultados mais elevados significam maior suporte social..

Para a dimensão Satisfação com a Amizade (SA), mede a satisfação com as amigas que está descrita nos itens 3,12,13,14 e 15. Na dimensão Intimidade (IN) avalia a percepção da existência de suporte social íntimo, sendo composto pelos itens 1, 4, 5 e 6. Para a terceira dimensão denominada por Satisfação com a Família (SF), esta avalia a satisfação com o suporte social familiar, que estão nos itens 9, 10 e 11. O por fim, as Actividades Sociais (AS), que mede a satisfação com as actividades sociais realizadas, composta por três itens, 2, 7 e 8.

O resultado de cada dimensão está relacionado com a soma dos itens pertencentes a cada dimensão, dado que o número de itens por dimensão varia, havendo pontuações mínimas e máximas, que são, para a SA a pontuação máxima é 25, para a IN a pontuação máxima é 20, para a SF a pontuação máxima é 15, e por fim, para a AS a pontuação máxima é 15, e o total da escala, o mínimo é 15 e o máximo é 75.

No estudo de validação para a população portuguesa por Ribeiro (1999), verificou-se que a consistência interna (alfa de Cronbach) da escala total é de .85, para a dimensão satisfação com os amigos é .83, para a intimidade é .74, para a satisfação com a família é .74, e para as actividades sociais é .64 (ver na tabela 1).

2. Procedimento

Inicialmente, foi efetuado em Janeiro de 2015 o contacto com o Lar da Santa Casa da Misericórdia de Vila de Rei, para a possibilidade de entrega dos questionários, e serem preenchidos pelos idosos institucionalizados, sendo enviado via e-mail o documento de autorização para a recolha da amostra (anexo 1). Em simultâneo o grupo dos idosos não institucionalizados, foi recolhido através do método “bola de neve”, acrescentando assim sempre uma pessoa nova para a recolha da amostra. Foram explicados os objetivos do estudo e foi questionada a sua disponibilidade para participar, seguindo-se o preenchimento do consentimento informado. O protocolo foi auto-preenchido e posteriormente foi entregue às funcionárias da instituição, aos idosos não institucionalizados foram me entregues após o preenchimento. A recolha de dados decorreu entre Fevereiro a Maio de 2015.

CAPÍTULO 3.

RESULTADOS

Após a recolha de dados, os mesmos foram analisados e tratados no programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 19.

Esta secção está estruturada da seguinte forma: em primeiro apresentamos os resultados diferenciais nas variáveis BEP, SV e SSS, segundo a institucionalização.

Em seguida, apresentamos os resultados diferenciais nas mesmas variáveis segundo as diferentes variáveis sociodemográficas.

Por fim, numa análise unicamente no grupo institucionalizado, serão apresentados os resultados correlacionais entre o tempo de permanência no lar e a satisfação com a vida.

Para a variável Institucionalização foi aplicado o Teste *t student*, para verificar se existem diferenças significativas no Bem-estar Psicológico, na Satisfação com a Vida e por fim no suporte social.

Tabela 8. Diferenças na satisfação com a vida em função da institucionalização

Escala	Institucionalizados (n=42)		Não Institucionalizados (n=38)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	Dp	M	Dp		
SV	15.57	3.270	16.16	4.077	-0.713	.478

Na tabela 8, podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com a Vida, relativamente à variável Institucionalização.

Tabela 9. Diferenças no bem-estar psicológico em função da institucionalização

Escala BEP	Institucionalizados (n=42)		Não Institucionalizados (n=38)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	Dp	M	Dp		
Autonomia	11.1	3.68	13.2	3.25	-2.74	.008
Domínio do meio	11.4	2.94	11.8	2.71	-.573	.056
Crescimento Pessoal	10.1	1.85	12.6	2.95	-4.59	.000
Relações Positivas com os outros	12	2.51	12.2	3.41	-.245	.807
Objectivos de vida	10.9	2.57	12.9	3.07	-3.15	.002
Aceitação de si	9.57	2.73	11.2	2.58	-2.79	.007
BEP Total	65.1	9.47	74	12.4	-.358	.023

Na tabela 9, podemos observar a existência de diferenças estatisticamente significativas na Escala de Bem-Estar Psicológico nas dimensões “crescimento pessoal” ($p=.000$), nos “objectivos de vida” ($p=.002$), “autonomia” ($p=.008$) e no BEP Total ($p=.023$) no que se relaciona com a variável Institucionalização.

Tabela 10. Diferenças no suporte social em função da institucionalização

Escala SSS	Institucionalizados ($n=42$)		Não Institucionalizados ($n=38$)		t	p
	M	Dp	M	Dp		
Satisfação com os amigos	12.2	2.87	13.5	3.38	-1.81	.074
Intimidade	10.64	2.6	10,1	2.67	.868	.414
Satisfação com a família	6.83	2.73	6.13	2.68	.817	.251
Actividades sociais	7.07	2.53	6.76	2.36	.845	.576
ESSS Total	36.8	4.8	36.6	5.4	.198	.435

Na tabela 10, podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com a Suporte Social, relativamente à variável Institucionalização.

Para a variável quanto tempo no Lar foi aplicada a correlação de Spearman para verificar se existe correlação estatisticamente significativas na Satisfação com a vida

Tabela 11. Correlação de Spearman entre a variável Quanto Tempo no Lar e a escala Satisfação com a Vida dos idosos institucionalizados

Tempo no Lar	r	p-value
SV	-0.294	.059

Na Tabela 11, podemos observar que não existe correlação estatisticamente significativa entre as variáveis Quanto Tempo no Lar e a Escala Satisfação com a Vida ($r=-0.294$; $p=0.059$).

Resultados diferenciais em função das variáveis sociodemográficas

Foi aplicado o Teste T-Student, para verificar se existem diferenças significativas no Bem-estar Psicológico, na Satisfação com a Vida e no suporte social, em função da variável sexo.

Tabela 12. Diferenças na satisfação com a vida em função do sexo

Escala	Masculino (n=22)		Feminino (n=58)		t	P
	M	Dp	M	Dp		
SV	17.23	3.280	15.33	3.692	2.116	.038

Na tabela 12, podemos observar a existência de diferenças estatisticamente significativas na Escala de Satisfação com a Vida, no que se relaciona com a variável Sexo, ($p = 0.038$). O que significa que são os idosos do sexo masculino que apresentam pontuações mais elevadas ao nível da satisfação com vida.

Tabela 13. Diferenças no bem-estar psicológico em função do sexo

Escala BEP	Masculino (n=22)		Feminino (n=58)		t	p
	M	Dp	M	Dp		
Autonomia	13.09	3.26	11.74	3.71	1.5	.14
Domínio do meio	12.23	3.03	11.28	2.68	1.82	.07
Crescimento Pessoal	12.23	3.10	10.93	2.51	1.92	.058
Relações Positivas com os outros	13.05	3.24	11.78	2.79	1.73	.086
Objectivos de vida	12.77	3.03	11.53	2.90	1.68	.097
Aceitação de si	10.64	1.84	10.24	3.06	0.05	.059
BPE Total	74.32	13.44	67.52	10.65	2.37	.020

Na tabela 13 podemos observar que existem diferenças quer a nível de bem-estar psicológico no BEP total ($p=0.020$). O que significa que são os idosos do sexo masculino que apresentam pontuações mais elevadas ao nível do bem-estar psicológico.

Tabela 14. Diferenças no suporte social em função do sexo

Escala ESSS	Masculino (n=22)		Feminino (n=58)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	Dp	M	Dp		
Satisfação com os amigos	12.5	3.33	13	3.12	-.59	.556
Intimidade	11.4	2.91	10.1	2.48	1.52	.132
Satisfação com a família	6.73	3.04	6.41	2.60	0.459	.313
Actividades sociais	6.86	2.41	6.95	2.47	-0.137	.891
ESSS Total	37.2	5.7	36.5	4.9	.587	.559

Na Tabela 14 não se verificaram diferenças significativas ao nível do suporte social.

Para verificar se existe relação significativa entre a idade e a satisfação com a vida, bem-estar psicológico e suporte social, efectuámos uma análise de correlação de Pearson. A única correlação significativa foi uma correlação negativa e baixa com o bem-estar psicológico total. -0.295^{**} , sendo que as correlações com a satisfação com a vida e com o suporte social não foram. Como tal, idade mais avançada está associada a menor bem-estar psicológico.

Para verificar se existe relação significativa entre a escolaridade e a satisfação com a vida, bem-estar psicológico e suporte social, efectuámos uma análise de correlação de Spearman, e verificou-se uma correlação positiva baixa (0.253^{*}) com a satisfação com a vida e positiva baixa (0.302^{*}) com o bem-estar psicológico total. A correlação com o suporte social não foi significativa. Como tal, o aumento da escolaridade está associado a maior satisfação com a vida e bem-estar psicológico.

CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO

Iniciamos a discussão com a referência às hipóteses que foram estabelecidas nesta investigação. Segundo os resultados obtidos, a primeira hipótese não foi confirmada, uma vez que era esperado que os idosos não institucionalizados se apresentassem mais satisfeitos com a vida, e não existiram diferenças significativas a este nível. Este resultado é contrário ao de Gueldner et al. (2001), cujo estudo obteve níveis mais baixos de satisfação com a vida nos idosos institucionalizados do que nos idosos que não estavam institucionalizados. Segundo estes autores, os resultados não são lineares, ou seja, que não existe necessariamente um factor negativo no facto de viver numa instituição que seja necessariamente a causa de um pior nível da satisfação com a vida. Noutro estudo realizado por Böckerman et al. (2012), os resultados indicam que os idosos institucionalizados têm níveis mais elevados de satisfação com a vida do que os idosos não institucionalizados. Estes autores interpretam este resultado considerando que muitos idosos podem já não se sentir em condições de cuidar de si mesmos e necessitar mesmo do apoio da instituição e, por esta razão, enquanto não podem tê-lo tenderão a apresentar níveis baixos de satisfação com a vida, comparativamente a idosos que usufruem já desse apoio. Finalmente, Dahlan, Nicol e Maciver (2010) verificaram que não existiram diferenças significativas, e interpretam-no considerando que apesar da adaptação a instituição nem sempre é um processo fácil, sendo que existe a perda do conforto do seu lar e privação social, esta pode também proporcionar situações que melhorem o nível de satisfação com a vida em idosos institucionalizados.

A segunda hipótese foi confirmada, sendo que foram os idosos não institucionalizados que apresentaram níveis mais elevados de bem-estar psicológico nas seguintes dimensões: “crescimento pessoal”, “autonomia”, “aceitação de si” e “objectivos de vida”. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Tejal (2010) que demonstrou que os idosos não institucionalizados têm níveis mais elevados de bem-estar psicológico.

Segundo a terceira hipótese, era esperado que os idosos não institucionalizados se apresentassem mais satisfeitos com o suporte social; no entanto, esta hipótese não foi confirmada, uma vez que não existiram diferenças significativas entre os dois grupos a este nível. No estudo de Satuf e Bernardo (2015), os idosos não institucionalizados apresentavam-se mais satisfeitos com o suporte social no suporte social total e nas dimensões “Intimidade” e “satisfação com os amigos”.

Relativamente à quarta hipótese, era esperado que não existisse associação entre o tempo de permanência no lar e a satisfação com a vida. Esta hipótese foi confirmada, indo ao encontro dos resultados de Calixto e Martins (2011), que verificaram que não existia associação

entre o tempo no lar e a satisfação com a vida. Segundo estes autores, isto pode estar associado ao facto de a maioria dos idosos terem um bom ajustamento no processo da adaptação da institucionalização.

Relativamente à quinta hipótese, era esperado que existisse uma correlação negativa entre a idade e a satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e o suporte social. Esta hipótese confirmou-se apenas parcialmente, unicamente no que respeita ao bem-estar psicológico, resultado este que é concordante com Neri (2007), de que o bem-estar psicológico diminui à medida que os indivíduos envelhecem, indo também ao encontro dos resultados de Silva (2009), nos quais, à medida que a idade aumenta, o bem-estar psicológico diminui. Relativamente à satisfação com a vida, que, ao contrário do esperado, não correlacionou significativamente com a idade, tal vai no sentido de Gwozdz e Sousa-Poza (2009), segundo os quais, excluindo os indivíduos com mais de 85 anos (que apresentam um declínio significativo na satisfação com a vida), o declínio nesta variável não se deve necessariamente à idade em si mas sim ao estado de saúde percebido. Ainda, autores como Schilling (2006) e Diener et al. (1990) defendem que a satisfação com a vida não aumenta nem diminui com a idade. Por fim, quanto ao suporte social, o facto de também não ter existido correlação significativa com a idade foi inesperado e contrário aos resultados de Prezza e Pacilli (2002) e de Santos et al. (2003) que concluíram que à medida que a idade aumenta vai diminuindo a satisfação com o suporte social.

Neste estudo, enquanto aspecto secundário, foi também testada a diferença entre sexos ao nível das variáveis satisfação com a vida, bem-estar psicológico e suporte social. Para a variável bem-estar psicológico não existiram diferenças significativas, ao contrário do estudo de Medeiros e Ferreira (2011) que identificou diferenças entre os sexos no bem-estar psicológico, no que respeita à dimensão “relações com os outros”, sendo o sexo feminino que tem níveis mais elevados.

Relativamente à satisfação com a vida, no presente estudo, foi o sexo masculino que apresentou valores mais elevados, o que é contrário aos resultados de Guedea et al. (2006), que consideram o sexo como variável preditora positiva da satisfação com a vida, sendo o sexo feminino que tem níveis mais elevados.

Relativamente ao bem-estar psicológico, no presente estudo, foi o sexo masculino que apresentou com níveis mais elevados no “bem-estar psicológico total”, sendo que não vai de encontro com o estudo de Medeiros e Ferreira (2011), que foram verificadas diferenças significativas no sexo feminino na dimensão “relações positivas com os outros”.

Por fim, relativamente ao suporte social não existiram diferenças significativas segundo o sexo, diferenciando-se do estudo de Satuf e Bernardo (2015), no qual os homens estão mais satisfeitos com o suporte social na dimensão actividades sociais do que as mulheres.

CAPÍTULO 5. CONCLUSÃO

O presente estudo tinha como objectivo verificar se as variáveis bem-estar psicológico, satisfação com a vida e o suporte social variavam em função do factor institucionalização, em idosos. Concluimos que os idosos não institucionalizados apresentam um nível mais elevado de BEP nas dimensões autonomia, crescimento pessoal, objectivos de vida e aceitação de si, o que era expectável segundo a literatura.

A satisfação com a vida e o suporte social não apresentaram diferenças significativas em função da institucionalização, o que foi contrário ao esperado. Debruçando-nos um pouco mais sobre estes resultados e sobre certas variáveis de caracterização da nossa amostra, apresentamos algumas considerações.

Sendo que diversos estudos verificaram que a auto-avaliação do estado de saúde é um bom preditor da satisfação com a vida nos idosos (Kunzmann et al, 2000;.Smith, 2001;.Smith et al, 2002), o facto de na nossa amostra ser muito superior a percentagem de idosos não institucionalizados que indicam que a sua saúde é má e de idosos institucionalizados que indicam ter boa saúde pode ter contribuído para que a satisfação com a vida nos idosos não institucionalizados não tenha sido significativamente mais elevada que a dos restantes.

Ainda neste âmbito, Inal et al. (2007) demonstraram que a actividade física efectuada regularmente no âmbito das actividades da instituição influencia positivamente a satisfação com a vida, o que pode estar relacionado com a melhor percepção de saúde que os idosos institucionalizados apresentaram.

Ainda relativamente ao suporte social, o facto de não terem existido diferenças significativas nesta variável entre os dois grupos pode ser enquadrado com o seguinte dado: os idosos não institucionalizados tiveram valores de bem-estar significativamente superiores em todas as dimensões, com excepção da dimensão “relações positivas com os outros”, a que mais relação tem, em termos do seu conteúdo, com os aspectos do suporte social. Reforça-se assim a ideia de que, neste âmbito, o facto de não estar numa instituição não traz necessariamente maior percepção de qualidade das relações e/ou o facto de se estar numa instituição não tem necessariamente uma componente mais negativa a este nível.

Neste sentido, é importante realçar o que é apresentado por Pimentel (2001), o sentido de que apesar do processo da institucionalização ainda ser normalmente assustador para a maioria dos idosos, há familiares que não têm condições de cuidar dos mesmos, quer seja por motivos financeiros ou emocionais e, como tal, o lar pode promover mais segurança, essencialmente em casos em que o idoso perde a autonomia, na perda de cônjuge, entre outros.

Segundo Serra (1999), as assistentes operacionais do lar e os familiares têm um papel fundamental ao nível do suporte afetivo do idoso institucionalizado, e, de acordo com Born (2002), a adaptação à instituição está também relacionada com os trabalhadores que fazem parte da instituição, que tem como importante tarefa criar um bom ambiente institucional ao idoso. Para além do suporte social recebido pelos familiares, amigos e pela sociedade faz com que o idoso se sinta seguro, apoiado e protegido, também as actividades que são propostas nas instituições são favoráveis para o bem-estar psicológico do idoso (Ribeiro & Paúl, 2011). Como tal, se a instituição conseguir corresponder a todos estes aspectos, o bem-estar psicológico, a satisfação com a vida e o suporte social do idoso institucionalizado poderão ser assegurados, assim como em sentido contrário, se a família e o meio social não o fizerem relativamente ao idoso não institucionalizado, estas três variáveis não serão necessariamente mais elevadas.

Relativamente à satisfação desta prestação de cuidados, para Sousa et al. (2004) é fundamental que o idoso se sinta satisfeito com o cuidado que lhe é prestado, sendo que os factores positivos no cuidar são o resultado da intervenção das funções praticadas pelo cuidador e o bem-estar sentido na realização das mesmas (Tarlow et al., 2004).

Considera-se que a principal limitação deste trabalho refere-se à falta de conhecimento sobre diferentes aspectos da vida dos participantes, para além de estarem ou não institucionalizados, que poderão ser diferenciadores e ajudar a explicar os resultados, nomeadamente a inexistência de maior satisfação com a vida e de maior suporte social nos idosos não institucionalizados, ao contrário do que era esperado. Isto pode indicar que aspectos específicos dos lares, como o ambiente relacional entre utentes e entre utentes e técnicos, e aspectos específicos do ambiente familiar dos idosos não institucionalizados, como a qualidade das relações, poderão ser decisivos para as variáveis satisfação com a vida e suporte social.

Segundo a literatura, sugere-se para investigações futuras um aprofundamento a este nível, eventualmente inquirindo também as famílias e os auxiliares dos lares (cuidadores formais e informais), assim como também estudar os idosos que se encontram a habitar nas suas casas mas que tem apoio domiciliário.

Parece-nos importante realçar que o fundamental é termos a noção da realidade do idoso, quer seja institucionalizado ou não institucionalizado, para que possam ser estabelecidas estratégias de promoção de satisfação com a vida, bem-estar e suporte social, quer os idosos estejam institucionalizados ou estejam a habitar as suas casas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baltes, P. B. (1983). Life span developmental psychology: Observations on history and theory revisited. In R. M. Lerner (Ed.), *Developmental psychology: Historical and philosophical perspectives*.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Development Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline. *Development Psychology*, 23.
- 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*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-80.
- Bandeira, M. L. (1996) *Demografia e modernidade. Família e transição demográfica em Portugal*. Lisboa : INCM- Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Berguer, L.; Mailloux, P., D. (1995). *Pessoas Idosas- Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bockerman, P., Johansson, E., & Saarni (2012). Institutionalisation and subjective wellbeing for oldage individuals: is life really miserable in care homes? *Ageing and Society, Journals Cambridge* 32, <http://journals.cambridge.org/ASO>.
- Boker, S. (2013). Selection, optimization, compensation, and equilibrium dynamics. *Gerontopsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 26.
- Born, T. (2002). Cuidado ao idoso em instituição. In M. P. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Bowling, A. & Farquhar, M. (1996). Associations with Changes in Life Satisfaction among Three Samples of Elderly People Living at Home. *In: International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 1077–1087.
- Cabaço, A.S.M.A.C. (2014) *A Influência da Arteterapia no Bem-Estar em Idosos Institucionalizados*. Um estágio na Associação Casapiana de Solidariedade. Lisboa.
- Caldas C. P.(2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 19(3),773-781.
- Calixto, E. (2011). Os fatores biopsicossociais na satisfação com a vida de idosos institucionalizados. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 4 (2), 47-61.

Andreia Antunes Cardiga. A Satisfação com a Vida, o Bem-estar Psicológico e o Suporte Social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Caplan et al (1975) Job demands and worker health. Washington, DC: *National institute of occupational safety and health*.

Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado* (1ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler

Carmo, H. O., Rangel, J. R. A., Ribeiro, N. A. P., Araújo, C. L.O.(2012). Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja? *RBCEH, Passo Fundo*, 9, (3), 330-340.

Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*. 4,151-156.

Carvalho, E. T. & Alencar, Y. M. (1998). Teorias do envelhecimento. In M.P. Netto, M. et al. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. (1ª ed). São Paulo: Atheneu.

Carrilho, M. J. & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 36.

Chen, F. & Short, S.E. (2008). Household Context and Subjective Well-being among the Oldest-old in China. In: *Journal of Family Issues*.

Costa, M. A. (2002). *Cuidar idosos: Formação, prática e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Dahlan, A, Nicol, M., & Maciver, D. (2010). Elements of life satisfaction amongst elderly people living in institutions in Malaysia: A mixed methodology approach. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20(2),71–79.

Dias, D.,S.G., Carvalho, C.S., & Araújo, C.V. (2013). Comparação da percepção subjectiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizadas. *Rev. Bras. Geriatr. Geront.* 16 (1) 127- 138.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49, (1),71-75

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective Well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2).

Diogo, M. J. D. E. (2003) Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 13 (6).

Dunst, C. J., Trivette, C. M, & Thompson, R. B. (1990) Supporting and strengthening family functioning: Toward a congruence between principles and practice. *Prevention in Human Services*, 9.

Farinatti, P. T. V. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Rev Bras Med Esporte* 8, (4).

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso. Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.

Andreia Antunes Cardiga. A Satisfação com a Vida, o Bem-estar Psicológico e o Suporte Social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Findlay, R., & McLaughlin, D. (2005) Environment and psychological responses to ageing. In G. J. Andrews, D. R. Phillips (Eds.), *Ageing and Place: Perspectives, Policy, Practice* 118-132.
- Flambó, P. (2006). *Avaliação do bem-estar psicológico em sujeitos com psoríase* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Fonseca, A. M. (2004) *O envelhecimento, uma abordagem psicológica*. (2ª ed). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2004) *Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma”- desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar Universidade do Porto.
- Fonseca, A. M. (2005) *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006) *Transição e adaptação à reforma em Portugal*. In: *Psychologica*, 42. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Fonseca, A. M. (2007) Subsídios para uma Leitura Desenvolvimental do Processo de Envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2).
- Fonseca, A. M. (2010) *Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento*. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Educação e Psicologia.
- Fonseca, A. M. (2012). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto Número temático: Envelhecimento demográfico*.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Frese, M.(1999) Social Support a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning : longitudinal study with objective measures. *Journal of occupational health psychology*, 4, (3).
- Frisch, M.B.(2000).Improving mental and physical health care through Quality of Life therapy and assessment In Diener, E., & Rahtz, D. R. (eds.), *Advances in Quality of Life theory and research*.Kluwer Academic Publishers.
- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. L. (2005). *História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (2).
- Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjetivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Gueldner, S. H., Loeb, S., Morris, D., Penrod, J., Bramlett, M., Johnston, L. & Schlotzhauer, P. (2001). A comparison of life satisfaction and mood in nursing home residents and community-dwelling elders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(5), 232-40.

Andreia Antunes Cardiga. A Satisfação com a Vida, o Bem-estar Psicológico e o Suporte Social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Guerra, A. C. L. C.; Caldas, C. P. (2010) Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15, (6)*.

Guiomar, V. C. R. V. (2010). Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada. *O Portal dos Psicólogos*.

Gwozdz, W., & Sousa-Poza, A. (2009). Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest *Old: Na Analysis for Germany. IZA Discussion Paper*.

Hooymann, Nancy R.; Kiak, H. (2008). *Asuman. Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective. Boston: Pearson and AB*.

Inal, S., Subasi, F., Ay, S.M. & Hayran, O. (2007). The Link between Health-related Behaviours and Life Satisfaction in Elderly Individuals Who Prefer Institutional Living. *In: BMC Health Services Research, 7, 30–37*.

INE (2002). O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socioeconómica recente das Pessoas Idosas. *Revista de Estudos Demográficos, 32*.

Isaacowitz, D.M. (2005). Correlates of well-being in adulthood and old age: A tale of two optimisms. *Journal of Research in Personality, 39*.

Jacob, L., Fernandes, H., Branco, A., França, L., Rodrigues, E., Pinto, T., Santos, C., Milner, C., Rodrigues, D. & Paiva, H. (2011). *Ideias para um envelhecimento activo*. Edição: RUTIS - Associação Rede de Universidades da Terceira Idade (1ª ed).

Jönson, H., & Magnusson, J. (2001). A new age of old age? Gerotranscendence and the reenchantment of aging. *Journal of Aging Studies, 15*.

Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research world wide: an introduction. *Social Indicators Research, 77*.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*.

Kunzmann, U, Little, T.D. & Smith, J. (2000). Is Age-related Stability of Subjective Well-being a Paradox? Cross-sectional and Longitudinal Evidence from the Berlin Aging Study. *In: Psychology and Aging, 15(3), 511–526*.

Lerner, R. (2002) *Concepts and theories of human development*. 3ª ed., Mahwah, Erlbaum.

Li, Q. (2005). Subjective Well-being and Mortality in Chinese Oldest Old. *MPIDR Working Paper WP 2005–011*.

Lima, A. P., & Delgado, E. I. (2010) A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. *Ulbra e Movimento, 1, (2)*.

Martins, R. M. L. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu* (Dissertação de Doutoramento). Badajoz.

Andreia Antunes Cardiga. A Satisfação com a Vida, o Bem-estar Psicológico e o Suporte Social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Martins, R. M. L., & Santos, A. C. A. (2008). *Ser idoso hoje*. Millenium, 35.

Mazza, M.M.P.R., & Lefevre, F. (2005) Cuidar em família: análise da representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15, (1).

Medeiros, T. (2010). *Envelhecimento(s), bem-estar psicológico e aprendizagem ao longo da vida*. Funchal: Universidade da Madeira.

Medeiros, T., & Ferreira, J. (2011). *Conferência apresentada no IV Congresso Internacional Envelhecimento(s) e Qualidade de Vida*. Portugal: Universidade dos Açores.

Melo, L. e Neto, F. (2003). *Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo*. Psicologia, Educação e Cultura. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Melo, C. (2014). *Bem-estar psicológico e qualidade de vida em pessoas idosas. Ponta Delgada* (Dissertação de Mestrado). Portugal: Universidade dos Açores.

Mesquita, P. M.; Portella, M. R. A gestão do cuidado do idoso em residências e asilos: uma construção solitária fortalecida nas vivências do dia-a-dia. In: Pasqualotti, A., Portella, M. R., & Bettinelli, L. A. (Org.). *Envelhecimento humano: desafios e perspectivas. Passo Fundo, 2004*. 72-94.

Michalos, A. (1986). Job, satisfaction, marital satisfaction, and the quality of life: A review and a preview. In F.M. Andrews (Ed.), *Research on the Quality of Life*. Ann Harbor: University of Michigan Institute for Social Research.

Moody, H. R. (2006). *Aging: Concepts and controversies* (5ª ed.) London: Pine Forge Press.

Moreira M. D.; Caldas, P. C. (2007) A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Ana Nery. R. Enfermagem, Rio de Janeiro*, 11, (3).

Mota, M., Figueiredo, P., & Duarte, J. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4, (1).

Nazareth, J. M, (1979) *O envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Editorial Presença, Gabinete de Investigações Sociais.

Nazareth, J. M. (2009) *Crescer e Envelhecer - Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento Demográfico*. Barcarena: Editorial Presença.

Neri, A. L.(2001) *Envelhecimento e qualidade de vida na mulher*. Campinas:Universidade Estadual de Campinas.

Neri, A L. (2001). *Velhice e qualidade de vida na mulher*. Campinas: Papyrus.

Neri, A. L (2006) O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas psicol.* 14 (1).

Neri, A.L. (2007). *Qualidade de vida na velhice e subjetividade*. Campinas: Alínea.

Andreia Antunes Cardiga. A Satisfação com a Vida, o Bem-estar Psicológico e o Suporte Social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

- Neto, F. (2000) *Psicología social* vol. 2. Lisboa: Universidade Aberta
- Netto P. M., Carvalho F., Thomas, E. ; Salles,R.F.N.(2006) Fisiologia do Envelhecimento. In Netto P. M., Carvalho F., Thomas, E. ; Salles,R.F.N. *Geriatrics. Fundamentos, clínica e terapêutica*. (2ª. Ed), São Paulo: Atheneu.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Novo, R.F., Neto, D., Marcelino, A., & Santo,H. (2006) Estudo de validação de medidas de bem-estar psicológico em amostras com e sem psicopatologia identificada. *Trabalho apresentado na IX Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: formas e contextos*. Braga: Universidade do Minho.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (2ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Envelhecimento Activo. Um Projeto de Política de Saúde*.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (Suzana Montijo, trad.). Brasília, DF: Organização Pan-americana da Saúde.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Pais, J. M. (2006). *Nos Rastos da Solidão – Deambulações Sociológicas*. Porto: Ambar.
- Palys, T. S., & Little, B. R. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal projects systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, (6).
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida, idosos, família e o meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, M. C. (2005). A Construção de Um Modelo de Envelhecimento Humano. In Paúl, M. C., & Fonseca, A. M. (coord.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa:Climepsi Editores.
- Paúl, M. C., & Fonseca, A. M. (coord.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paulos, C. (2010). *Gestão de Instituições para Idosos. Qualidade, Humanidade e Eficiência em Cuidados Geriátricos*. Lisboa: Verlag
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, R., & Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of WellBeing Measures. *Journal of Personality Assessment*, vol.57.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 101-117.

Andreia Antunes Cardiga. A Satisfação com a Vida, o Bem-estar Psicológico e o Suporte Social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3.
- Pereira, F. (2008). A importância da manutenção de relações familiares para o idoso institucionalizado. Universidade Sénior Contemporânea: *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 2.
- Pereira, C. (2013). *Envelhecimento e bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar : um estudo nas ilhas das Flores e Corvo*. Dissertação de mestrado. Universidade dos Açores. Ponta Delgada. Açores. Portugal.
- Perlini, N. M. O. G.; Leite, M. T., & Furini, A, C.(2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*.
- Perloiro, F. (2002). *Padrões de Optimismo e satisfação com a vida em famílias portuguesas*. Tese de Mestrado de Comunicação em Saúde: Universidade Aberta
- Phelan, E., & Larson, E. (2002). Successful aging: Where next? *Journal of American Geriatrics Society*, 50.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do idoso na família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Prezza, M., & Pacilli, M. G. (2002). Perceived social support from significant others, family and friends and several socio-demographic characteristics. *Journal of Community & Applied Social Psychology*.
- Queroz, N. C., & Neri, A. L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18.
- Ramos, L. A., Paixão, M. P., & Simões, M. F. (2011). Os mecanismos sociocognitivos e o bem-estar psicológico: Proposta de um modelo integrativo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45 2.
- Remédios, C. (2010). *O bem-estar psicológico e as competências pessoais e sociais na adolescência* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Lisboa: Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17).
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (Coord.), (2011). *Manual de Envelhecimento activo*. Lisboa-Porto. LI-DEL – edições técnicas
- Rodgers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). *Successful Aging*. *The Gerontologist*, 37.
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9.

Andreia Antunes Cardiga. A Satisfação com a Vida, o Bem-estar Psicológico e o Suporte Social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69
- Sagiv, L., & Schwartz, S.H. (2000). Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10.
- Santos, C. S., Pais Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação de escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com o diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4.
- Satuf, V. V. C., & Bernardo, O. C. S. N. (2015) Percepção do suporte social a idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Mudanças–Psicologia da Saúde*, 23 (1) 11-19.
- Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: another view on the “paradox”. *Social Indicators Research*, 75.
- Schwarz, N. & Strack, F. (1991) Evaluating One's Life: A Judgment Model of Subjective Well-Being in: Strack, F. et al; (Eds.): *"Subjective Well-Being"*, Pergamon, Oxford, UK.
- Secchi, S. R (2008). *Memória do idoso: o papel da Terapia Ocupacional*. Campinas: Metrocamp.
- Seidl, E. M. F, & Zannon, C. M. L da C. (2005). Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2 (20)
- Seligman, M. E. P. (2011). Florescer - uma nova e visionária interpretação da felicidade e do bem-estar. *Rio de Janeiro: Objetiva*.
- Sequeira, A. & Silva, M.N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora
- Serra, A. V. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Edição do Autor
- Silva, S. G. M. R. N. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Sirgy, M. J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Shin, D. & Johnson, (1978) Avowed happiness as the overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5.

Andreia Antunes Cardiga. A Satisfação com a Vida, o Bem-estar Psicológico e o Suporte Social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Smith, J. (2001). Well-being and Health from Age 70 to 100: Findings from the Berlin Aging Study. In: *European Review*, 9(4), 461–477.

Smith, J., Borchelt, M., Maier, H. & Jopp, D. (2002). Health and Well-being in the Young Old and Oldest Old. In: *Journal of Social Issues*, 58(4), 715–732.

Sousa, L., Galante, H., Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2004). Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice. Coleção Idade do Saber. Porto: Ambar.

Souza, R. A., & Carvalho, A. M. (2003). Programa de saúde da família e qualidade de vida: Um olhar da psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8.

Springer, K., & Hauser, R. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode and measurement effects. *Social Science Research*.

Springer, K., & Hauser, R. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, 40 (1), 392-393.

Stuart, H. I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução* (3ª ed.). São Paulo: Artmed.

Rosa Neto, F.& cols. (2009). *Manual de Avaliação Motora para a Terceira Idade*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A

Ryff's model of psychological well-being. (s.d.). *Social Science Research*, 40 (1), 392-393.

Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G., & GallagherThompson, D. (2004). Positive aspects of caregiving. Contribution of the Reach project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Research on Aging*, 26, 429-453.

Tejal N. (2010) Psychological well-being. A study of place of residence gender and age among aged people. *Indian Journal of Psychology and Mental Health*, 4: 145-149.

Tornstam, L. (2003) Gerotranscendence from young old age to old old age. *The Social Gerontology Group, Department of Sociology Uppsala University*.

Torres, S. (1999). *A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing*. Ageing and Society.

Veenhoven, R., and coworkers, (1994). World database of happiness:Correlates of happiness. *Rotterdam: Erasmus University*.

Veenhoven, R. (2000).The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*.

Andreia Antunes Cardiga. A Satisfação com a Vida, o Bem-estar Psicológico e o Suporte Social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Vieira, E. B. (1996). Manual de Gerontologia: Um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. *Rio de Janeiro: Revinter.*

Wadensten, B. (2007) *The theory of gerotranscendence as applied to gerontological nursing – Part I. Practice development gerotranscendence.* International journal of older people nursing.

Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life evets. *Journal of Health and Social behavior*,27.

Wilson, W. (1967) Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin.*

ANEXOS

Anexo 1- Consentimento informado

Pedido de autorização para a recolha de dados para uma investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias

Eu, Andreia Antunes Cardiga, estudante do Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, venho por este meio pedir autorização para recolha de dados nesta instituição, tendo em vista a realização da minha dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Doutora Bárbara Gonzalez.

O tema é a Satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e o suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, tendo o estudo como objectivo a comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados a este nível, analisando as relações entre estes três constructos.

Para desenvolvimento da dissertação, necessito recolher informação junto da população idosa, razão pela qual venho solicitar a V. Exma. autorização para a aplicação de alguns questionários aos idosos.

Todos os dados serão tratados com o maior sigilo profissional, garantindo anonimato dos participantes, confidencialidade dos dados e visando um tratamento estatístico por grupo e não a nível individual.

No consentimento informado, devidamente elaborado, é explicada a essência do estudo, sendo dada a liberdade aos participantes para participar ou não neste estudo.

Sem outro Assunto, agradeço desde já, a atenção dispensada, solicitando que possa contribuir para a investigação em curso.

(Andreia Antunes Cardiga)

Anexo 2- Questionário sociodemográfico para idosos não institucionalizados

- Género: Masculino Feminino
- Idade: _____ anos
- Estado Civil: Solteiro Casado(a)/União de facto
 Divorciado(a)/Separado Viúvo(a)
- Número de Filhos: _____
- Qual é o seu nível de escolaridade (Assinale com o X):
 - Não frequentou a escola Bacharelato/ Licenciatura
 - 4ª classe 9º ano
 - 6º ano Pós- Graduação/ Mestrado/ Doutoramento
 - 12º ano
 - Outro nível não referido... Qual? _____
- Como classifica a sua situação económica:
 - Má Média Boa Muito boa
- Com quem vive:
 - Sozinha
 - Com família
 - Com amigos
 - Outro especificar _____

Anexo 3- Questionário sociodemográfico para idosos institucionalizados

- Género: Masculino Feminino
- Idade: _____ anos
- Estado Civil: Solteiro Casado(a)/União de facto
 Divorciado(a)/Separado Viúvo(a)
- Número de Filhos: _____
- Qual é o seu nível de escolaridade (Assinale com o X):
 - Não frequentou a escola 4ª classe
 - 6º ano 9º ano
 - 12º ano Bacharelato/ Licenciatura
 - Pós- Graduação/ Mestrado/ Doutoramento
 - Outro nível não referido... Qual? _____
- Como classifica a sua situação económica:
 - Má Média Boa Muito boa
- Está num lar? Sim Não
- A ida para o lar foi:
 - Iniciativa própria Iniciativa de familiares
 - Iniciativa de amigos Iniciativa de técnicos de ação social
- Há quanto tempo está no lar?: _____
- Quem o/a costuma visitar (pode assinalar com o X mais que uma opção):
 - Filho/a Amigo/a
 - Irmão/ã Vizinhos
 - Parente Próximo Ninguém
- Com que regularidade é visitado: _____ vezes por mês
- Como considera a sua saúde:
 - Muito má Má Nem boa nem má Boa Muito boa

Anexo 4- Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Diener et al. (1985)

Versão traduzida por Baptista, 2011

Seguidamente vai ler 5 afirmações com as quais pode concordar ou não. Utilize a escala de 1 a 7 para indicar a sua concordância com cada afirmação. Coloque uma cruz no número apropriado na linha à frente a cada afirmação. A escala de 7 pontos é a seguinte:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Neutro, não concordo, nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente

1	Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal	1	2	3	4	5	6	7
2	As minhas condições de vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3	Estou satisfeito com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4	Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
5	Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 5- Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)

Ryff (1989)

Adaptação Portuguesa Rosa Novo (2004)

As afirmações que a seguir se apresentam pretendem ajudá-lo/a a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio/a. Leia cuidadosamente cada uma delas e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio/a. Coloque um círculo no número apropriado na linha à frente a cada afirmação.

1- Discordo Completamente	2- Discordo em Grande Parte	3- Discordo Parcialmente	4- Concordo Parcialmente	5- Concordo em Grande Parte	6- Concordo Completamente
---------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------

1	Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas	1	2	3	4	5	6
2	Sinto-me, frequentemente, "esmagado(a)" pelo peso das responsabilidades	1	2	3	4	5	6
3	Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo	1	2	3	4	5	6
4	Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante	1	2	3	4	5	6
5	Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida	1	2	3	4	5	6
6	Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram	1	2	3	4	5	6
7	Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim	1	2	3	4	5	6
8	Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer	1	2	3	4	5	6
9	Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa	1	2	3	4	5	6
10	Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades	1	2	3	4	5	6
11	Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade	1	2	3	4	5	6
12	Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade	1	2	3	4	5	6
13	Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes	1	2	3	4	5	6
14	Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça	1	2	3	4	5	6
15	Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida	1	2	3	4	5	6
16	Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança	1	2	3	4	5	6
17	Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito	1	2	3	4	5	6
18	Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida	1	2	3	4	5	6

Anexo 6- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Wethingson e Kessler (1986)

Adaptação Portuguesa Ribeiro (1999)

Seguidamente vai ler as afirmações com as quais pode concordar ou não. Utilize a escala de A a E para indicar a sua concordância com cada afirmação. Coloque um círculo na letra apropriado na linha à frente a cada afirmação. Sendo que A significa concordo totalmente e E discordo totalmente.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E