



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

A Felicidade na Terceira Idade: Saúde, Bem-Estar Subjetivo e Vulnerabilidade aos Maus-tratos

Joana Afonso Bidarra

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Manuel Loureiro

Covilhã, outubro de 2015

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus queridos pais e à pessoa mais especial da minha vida...o meu namorado!

Aos meus pais, que me deram a vida, que me apoiaram e ajudaram na concretização deste sonho tão importante na minha vida. Pela compreensão nas horas árduas de trabalho, pelo amor, o afeto, carinho e os valores transmitidos. Tudo o que sou hoje é graças a vocês! Um muito obrigado! É um orgulho ser vossa filha!

Ao meu namorado pelo amor incondicional, pelo apoio, pelas palavras de incentivo, nos momentos mais difíceis. Obrigada por acreditares sempre nas minhas capacidades, por toda a dedicação, pelo carinho, por teres sido o meu pilar nesta fase tão importante na minha vida. Se para muitos a Felicidade é um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e prazer, para mim a Felicidade és e serás sempre tu! Obrigada, meu amor! É um privilégio ser tua namorada!

Palavras são incapazes de expressar tudo o que vos
agradeço!

“A persistência é o caminho do êxito.”
Charles Chaplin

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Manuel Loureiro pelo conhecimento partilhado, pela motivação, por todo o auxílio prestado, pelo esclarecimento de todas as minhas dúvidas. Um obrigado especial pela disposição com a qual sempre me recebeu.

Ao Departamento de Psicologia e Educação e UBI por me terem possibilitado este caminho árduo, mas coberto de aprendizagens de que hoje me orgulho. Pela transmissão de conhecimentos, pelo desenvolvimento de competências, por este percurso que fica a fazer parte da minha história de vida.

Às personagens principais deste estudo, os idosos, pela sua postura colaborativa, participativa e pela forma carinhosa como me receberam.

Aos meus queridos pais, pela educação, carinho, paciência nos momentos mais difíceis e pelo apoio e incentivo neste percurso académico. Foi graças a vocês que este sonho se tornou realidade. Obrigada Pai por me teres ajudado a concretizar este sonho! Obrigada aos dois por tudo!

À minha irmã, cunhado Jorge pelo apoio, carinho e força. À minha sobrinha linda Matilde pelos momentos de ternura e pelos momentos de alegria nos momentos mais difíceis.

Ao meu namorado pela palavra amiga, pelos momentos de felicidade, de ternura, pelo namorado especial que és. Amo-te!

À minha nova família, Sogra, Cunhada Paula e Catarina, Cunhado Paulo e sobrinhas lindas Carolina e Maria, da qual eu sinto imenso orgulho por poder fazer parte dela. Agradeço o carinho e toda a força transmitida. Ao meu querido Sogro, que apesar não estar fisicamente presente está no meu coração.

E por último e não a menos importante, à minha melhor amiga Ana Santos pelo apoio, pela amizade extraordinária, por seres a minha amiga especial. Obrigada amiga pelos preciosos conselhos que na hora certa me soubeste oferecer! Obrigada pela tua amizade incondicional!

Resumo

É importante desmistificar todos os aspetos negativos muitas vezes associados à terceira idade. A Terceira Idade é uma etapa da vida que traz não só repercussões negativas, mas também positivas. Envelhecer é também continuar na incessante procura por tudo o que proporciona momentos de Felicidade. Os idosos podem sentir-se felizes, realizados e ativos no seu meio ambiente. Assim, urge nos dias atuais, olhar muito para além dos tradicionais aspetos negativos associados à Terceira Idade. Importa analisar e dar relevância aos aspetos positivos desta fase da vida.

A presente Dissertação tem como principal objetivo estudar a Felicidade na Terceira Idade e visa avaliar qual o contributo da Saúde, do Bem-estar Subjetivo e da Vulnerabilidade aos Maus-Tratos para a compreensão da Felicidade na Terceira idade. Estudam-se as iterações entre as várias variáveis (Felicidade, Saúde, Bem-Estar Subjetivo e Vulnerabilidade aos Maus-Tratos) não apenas de modo global, mas também olhando para as dimensões específicas de cada uma. Além disso, esta investigação pretende analisar, compreender e caracterizar o nível médio de Felicidade nos idosos em função de três grupos etários, género, estado civil, tipo de residência e nível de escolaridade. Para dar resposta aos objetivos propostos, o estudo contou com 180 participantes com idade igual ou superior a 65 anos, junto de quem foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico (QS), Covilha Happiness Questionnaire (CHQ), Versão Portuguesa do Short Form Health Survey (SF-36), Versão Reduzida da Escala Portuguesa de Afeto Positivo e Negativo (PANAS-VRP) e Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST). O presente estudo é quantitativo, de cariz transversal, descritivo e correlacional.

Verificou-se a existência de correlação significativa forte entre a Felicidade e o Bem-Estar Subjetivo (sendo a correlação positiva) e, entre a Felicidade e a Vulnerabilidade aos Maus-Tratos (sendo a correlação negativa). O estudo efetuado sugere que a Saúde tem uma não muito forte influência na Felicidade. O presente estudo demonstra ainda que as várias dimensões da Felicidade não são afetadas de modo uniforme.

Palavras-chave

Terceira Idade, Felicidade, Saúde, Bem-estar Subjetivo, Vulnerabilidade aos Maus-tratos

Abstract

It is important to demystify all the negative aspects often associated with old age. Old Age is a stage of life that brings not only negative effects, but also positive. Growing old is also keep in constant search for all that provides happiness moments. Older people may feel happy, fulfilled and active in their environment. Thus, it is urgent nowadays, look far beyond the associated traditional negative aspects with Old Age. It is important to examine and to give prominence to the positive aspects of this stage of life.

This Dissertation aims to study the Happiness in Old Age and aims to assess what is the contribution, for the comprehension of happiness in old age, of the Health, the Subjective Well-Being and the Vulnerability to Abuse. Iterations between the different variables (Happiness, Health, Subjective Well-Being and Vulnerability to Abuse) are studied not only globally, but also looking at the specific dimensions of each one. In addition, this research aims to analyze, understand and characterize the average level of happiness in the elderly according to three age groups, gender, marital status, residence type and education level. In order to accomplish the proposed objectives, the study included 180 participants aged over 65 years, from whom the following instruments were used: Sociodemographic Questionnaire (QS), Covilha Happiness Questionnaire (CHQ), English version of the Short Form Health Survey (SF-36), Reduced version of the Portuguese Scale Positive and Negative Affect (PANAS-VRP), and Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS / EAST). This study is quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational.

It was found that there is a strong significant correlation between Happiness and Subjective Well-Being (the correlation positive is positive) and between happiness and Vulnerability to Abuse (the correlation is negative). The conducted study suggests that health has a not very strong influence on Happiness. This study also demonstrates that the various dimensions of Happiness are not affected uniformly.

Keywords

Old Age, Happiness, Health, Subjective Well-Being, Vulnerability to Abuse

Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract.....	vi
Lista de Figuras	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Acrónimos.....	xi
Capítulo I. Introdução Geral	1
Capítulo II. Artigo científico “A Felicidade na Terceira Idade: Saúde, Bem-Estar Subjetivo e Vulnerabilidade aos Maus-tratos”	3
1. Introdução	3
2. Terceira Idade.....	4
2.1. Felicidade	5
2.2. Saúde	7
2.3. Bem-Estar Subjetivo.....	8
2.4. Vulnerabilidade aos Maus-tratos	10
3. Método.....	12
3.1. Desenho da investigação	12
3.2. Participantes	12
3.3. Instrumentos.....	13
3.4. Procedimentos.....	15
4. Resultados	16
4.1. Análise de Correlação.....	16
4.1.1. Felicidade e Saúde.....	16
4.1.2. Felicidade e Bem-Estar Subjetivo	18
4.1.3. Felicidade e Vulnerabilidade aos Maus-Tratos.....	20
4.2 Análise de diferenças	22
5. Discussão	27
Capítulo III. Discussão geral.....	31
Referências bibliográficas.....	33
Anexos	40

Lista de Figuras

Figura 1. Gráfico de Barras relativo aos níveis médios de Felicidade (CHQ) e aos vários níveis de escolaridade.....	31
Figura 2. Histograma relativo à idade da amostra (N = 180).....	50
Figura 3. Gráfico circular sobre a percentagem de idosos de cada grupo.....	50

Lista de Tabelas

Tabela 1. Coeficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para as diferentes dimensões da escala CHQ e para as várias dimensões da escala SF-36	17
Tabela 2. Coeficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para a Felicidade (soma de todas as dimensões da escala CHQ) e a Saúde (soma de todas as dimensões da escala SF-36)	18
Tabela 3. Coeficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para as diferentes dimensões da escala CHQ e para as duas escalas do instrumento PANAS-VRP	18
Tabela 4. Sumário dos resultados da regressão linear para a dimensão EP da escala CHQ (variável dependente) e a escala de AP do instrumento PANAS-VRP	19
Tabela 5. Sumário dos resultados da regressão linear para a dimensão PAS da escala CHQ (variável dependente) e a escala de AP do instrumento PANAS-VRP	19
Tabela 6. Sumário dos resultados da regressão linear para a escala de AP do instrumento PANAS-VRP (variável dependente) e as dimensões EP e PAS da escala CHQ.	20
Tabela 7. Coeficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para a Felicidade (soma de todas as dimensões da escala CHQ) e as duas escalas do instrumento PANAS-VRP.....	20
Tabela 8. Sumário dos resultados da regressão linear para a Felicidade (CHQ) (variável dependente) e a escala de AP do instrumento PANAS-VRP.....	20
Tabela 9. Coeficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para as diferentes dimensões da escala CHQ e para as três dimensões da escala H-S/EAST.....	21
Tabela 10. Sumário dos resultados da regressão linear para a dimensão ISG da escala CHQ (variável dependente) e a dimensão VDP da escala H-S/EAST.....	22
Tabela 11. Coeficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para a Felicidade (soma de todas as dimensões da escala CHQ) e a Vulnerabilidade aos Maus-Tratos (soma de todas as dimensões da escala H-S/EAST).....	22
Tabela 12. Sumário dos resultados da regressão linear para a Felicidade (CHQ) (variável dependente) e a Vulnerabilidade aos Maus-Tratos (H-S/EAST)	22
Tabela 13. Sumário da ANOVA para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas várias dimensões da escala CHQ, entre os três grupos etários definidos (idosos jovens, idosos e idosos velhos)	23
Tabela 14. Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), na dimensão PAS da escala CHQ, entre cada par formado pelos três grupos etários definidos (idosos jovens, idosos e idosos velhos)	23
Tabela 15. Sumário da ANOVA para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os três grupos etários definidos (idosos jovens, idosos e idosos velhos)	23
Tabela 16. Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas várias dimensões da escala CHQ, entre género	24

Tabela 17. Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre género	24
Tabela 18. Sumário da ANOVA para comparação de médias das dimensões da Felicidade (CHQ) segundo a variável estado civil	25
Tabela 19. Sumário da ANOVA para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários estados civis	25
Tabela 20. Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas dimensões EP, ISG e PAS da escala CHQ, entre os idosos casados e os idosos viúvos.....	25
Tabela 21. Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas várias dimensões da escala CHQ, entre os idosos institucionalizados e os idosos não institucionalizados	26
Tabela 22. Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os idosos institucionalizados e os idosos não institucionalizados	26
Tabela 23. Resultados da ANOVA para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários níveis de escolaridade.....	27
Tabela 24. Resultados da ANOVA para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários níveis de escolaridade.....	27
Tabela 25. Caracterização sociodemográfica da amostra	51
Tabela 26. Média, Variância, Correlação Total e Alfa de Cronbach se o item for eliminado, para o instrumento Covilha Happiness Questionnaire (CHQ)	52
Tabela 27. Média, Variância, Correlação Total e Alfa de Cronbach se o item for eliminado, para o instrumento Versão Portuguesa do Short Form Health Survey (SF-36).....	53
Tabela 28. Média, Variância, Correlação Total e Alfa de Cronbach se o item for eliminado, para as duas escalas (AP e AN) do instrumento Versão Reduzida da Escala Portuguesa de Afecto Positivo e Negativo (PANAS-VRP)	54
Tabela 29. Média, Variância, Correlação Total e Alfa de Cronbach se o item for eliminado, para o instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)	54

Lista de Acrónimos

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

WHO - World Health Organization

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CHQ - Covilha Happiness Questionnaire

EP - Emoções positivas

ISG - Interações sociais gratificantes

A - Autoajuda

PAS - Participação em atividades com significado

ESC - Estrutura socioeconómica comprometedora

SF-36 - Short Form Health Survey

FF - Função física

DF - Desempenho físico

DE - Desempenho emocional

SG - Saúde geral

VT - Vitalidade

FS - Função social

SM - Saúde mental

MS - Mudança de saúde

PANAS-VRP - Versão reduzida da Escala Portuguesa de Afeto Positivo e Negativo

AP - Afeto positivo

AN - Afeto negativo

H-S/EAST - Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test

ABP - Abuso potencial

VDP - Violação dos direitos pessoais ou abuso direto

CDV - Características de vulnerabilidade

Capítulo I. Introdução Geral

O aumento da população idosa tem sido significativo nos últimos anos, não só em Portugal como em todo o Mundo. Este fenómeno é observado como um dos maiores desafios aos aspetos socioculturais, políticos e económicos. Constitui, assim, um fenómeno que necessita de ser cada vez mais discutido e investigado com detalhe, sobretudo por tudo o que implica e para que se estabeleçam as condições de modo a que este tipo de população possa viver bem.

Em Portugal, a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos duplicou nos últimos 45 anos (Gonçalves & Carrilho, 2008). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2050, os idosos serão 1/5 da população mundial (estima-se a existência de dois biliões de pessoas idosas no mundo, em 2050).

Perante estes dados, os estudos direcionados para as questões do envelhecimento são cada vez mais relevantes. Esses estudos, permitindo conhecer melhor os idosos, são importantes para proporcionar uma melhor qualidade de vida e melhores cuidados a este tipo de população, podendo assim contribuir para o aumento da sua Felicidade. Ajudam a alcançar uma intervenção mais eficaz e direcionada para as necessidades de cada idoso. Por outro lado, esses estudos revelam-se também importantes na desmistificação da ideia de que na Terceira Idade os aspetos negativos se sobrepõem aos positivos. Essa errada conceção simplista da Terceira Idade deve ser refutada e deve ser dada relevância à envolvimento a criar para uma vivência plena e feliz de tão nobre população.

O presente trabalho realiza-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e encontra-se inserido no projeto de investigação - *“Saúde, Bem-estar e Felicidade ao longo do ciclo vida PT/BR”*, do Departamento de Psicologia e Educação, da Universidade da Beira Interior.

Esta Dissertação de Mestrado tem por objetivo contribuir para um melhor conhecimento na área do envelhecimento e colmatar a escassez de estudos relativos a esta temática em Portugal. O objetivo principal do estudo é investigar a Felicidade em pessoas com mais de 65 anos, estudando a influência da variável Saúde, Bem-Estar Subjetivo e da Vulnerabilidade aos Maus-Tratos. Pretende-se, deste modo fornecer dados científicos que contribuam para o aprofundamento da temática da *“Felicidade na Terceira idade: Saúde, Bem-estar Subjetivo e Vulnerabilidade aos Maus-Tratos”*. Procura-se contribuir para a literatura existente, analisando a Felicidade não só do ponto de vista global, mas também em cada uma das dimensões específicas que a compõem.

Com vista a facilitar a meta de futuramente submeter o presente estudo para a publicação numa revista da área de especialidade da Psicologia, com revisão por pares, esta Dissertação será apresentada em formato de artigo científico (Capítulo II). Para tal escolheu-se como referência a Revista Psicologia da Associação Portuguesa de Psicologia.

Na primeira parte do artigo, encontra-se a abordagem teórica aos constructos em estudo. Na segunda parte do artigo, encontra-se toda a análise empírica do trabalho.

No anexo A encontra-se a complementar revisão da literatura. No anexo B encontram-se resultados complementares que servem de suporte ao exercício empírico realizado.

Capítulo II. Artigo científico “A Felicidade na Terceira Idade: Saúde, Bem-Estar Subjetivo e Vulnerabilidade aos Maus-tratos”

Resumo: Este artigo tem como temática principal a Felicidade na Terceira Idade. Neste artigo, analisa-se a influência da Saúde, do Bem-Estar Subjetivo e da Vulnerabilidade aos Maus-Tratos na Felicidade, não apenas analisando as variáveis globais mas também analisando cada dimensão específica das variáveis envolvidas. É realizada uma análise dos níveis médios de Felicidade nos idosos, em função de três grupos etários (idosos jovens, idosos e idosos velhos), do género, estado civil, tipo de residência e níveis de escolaridade. Os resultados indicam que são o Bem-Estar Subjetivo e a Vulnerabilidade aos Maus-Tratos que mais influenciam a Felicidade. A Saúde tem uma não muito forte influência na Felicidade. Por outro lado, os resultados indicam que as várias dimensões específicas da Felicidade não são afetadas de igual modo.

Palavras-chave: Terceira Idade, Felicidade, Saúde, Bem-estar Subjetivo, Vulnerabilidade aos Maus-tratos

Abstract: The aim of this paper is to study Happiness in Old Age. In this paper we analyse the influence of Health, Subjective Well-Being and Vulnerability to Abuse in Happiness, not only analysing the global variables but also analysing each specific dimension of the involved variables. It is carried out an analysis of the average levels of Happiness among the elderly, according to three age groups (young seniors, elderly and old elderly), by gender, depending on marital status, type of residence and depending on educational levels. The results indicate that the Subjective Well-Being and Vulnerability to Abuse are the ones that most have influence on Happiness. Health has not a very strong influence on Happiness. Moreover, the results indicate that the various specific dimensions of the Happiness are not equally affected.

Keywords: Old Age, Happiness, Health, Subjective Well-Being, Vulnerability to Abuse

1. Introdução

O envelhecimento da população em Portugal e a nível mundial é apontado como um fenómeno da sociedade atual, que se deve ao aumento da esperança média de vida.

Em Portugal, os números do Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 2001 e 2011 mostram que a população com mais de 65 anos passou de 16.4% para 19.1%. No ano de 2011,

o índice de envelhecimento da população era de 129 (ou seja, existiam 129 cidadãos com idade superior a 65 anos por cada 100 jovens). Observa-se ainda uma maior preponderância do género feminino à medida que a idade vai avançando (21.3% sujeitos do género feminino e 16.8% do género masculino, têm mais de 65 anos). Estamos perante um fenómeno de duplo envelhecimento da população (aumento da população idosa e diminuição da população jovem), em que Portugal passou do país menos envelhecido da Europa em 1970, a 6º país mais envelhecido do mundo em 2011 (INE,2011).

Perante as transformações demográficas que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não apenas uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

O interesse pelo estudo do envelhecimento é, assim, considerado como um dos grandes desafios a serem enfrentados. Se por um lado existem implicações demográficas, por outro também são perceptíveis questões sociais marcadas.

O presente estudo circunscreve-se na área da Psicologia Clínica e da Saúde e tem como temática principal o estudo da Felicidade na Terceira idade. Pretende-se analisar a influência da Saúde, do Bem-Estar Subjetivo e da Vulnerabilidade aos Maus-Tratos na Felicidade, não apenas através da análise das variáveis globais mas também analisando cada dimensão específica das variáveis envolvidas. Esta investigação pretende também analisar, compreender e caracterizar os níveis médios de Felicidade nos idosos, em função das seguintes variáveis: grupos etários (idosos jovens, idosos e idosos velhos), género, estado civil, em tipo de residência e níveis de escolaridade.

2. Terceira Idade

Os recentes estudos científicos demonstram o aparecimento de comportamentos, hábitos, crenças e imagens que transformam de forma significativa as concepções relativas às etapas de vida mais avançadas. Ao invés das tradicionais crenças em que o envelhecimento estava relacionado unicamente com o descanso, o sossego e a inatividade, desponta um modelo identitário que abrange, em sua definição, o estímulo à atividade, à aprendizagem, à flexibilidade, ao aumento da satisfação pessoal e à constituição de vínculos afetivos inéditos. Estas características estão reunidas sob o signo da “Terceira Idade”, o rótulo que vem sendo utilizado para identificar a nova sensibilidade que passa a compor o processo de envelhecimento (Silva, 2008a).

A categoria Terceira Idade aparece pela primeira vez em França e Inglaterra por volta de 1950, sendo legitimada somente na década de oitenta. O aparecimento desta foi influenciado por alguns fatores, favorecimentos ou tendências para a sua formação (Silva, 2008b).

No início da década de setenta foi proposto por Pierre Vellas, em Toulouse (França) o primeiro modelo de universidade, onde surge a expressão Terceira Idade (*Troisième âge*).

Este modelo foi desenvolvido devido aos reformados poderem continuar a adquirir competências e conhecimentos em ambiente educativo (Cachioni, 2012). Ao surgir este modelo as necessidades psicológicas e culturais passaram a ganhar destaque, estimulando o aparecimento de universidades e de espaços de convivência específicos para a faixa etária dos idosos (Silva, 2008a).

Em 1989, Peter Laslett vem propor a teoria geral da Terceira Idade. Laslett considerava que o aumento da esperança média de vida e da qualidade de vida (provocados pelo avanço da medicina) como os dois primordiais fatores, que na sua combinação garantem o ingresso dos sujeitos na Terceira Idade. O autor define esta etapa da vida como o momento privilegiado para a satisfação e a realização pessoais, contrariando a perceção mais geral de que a idade adulta é aquela em que as pessoas atingem a sua plenitude, se satisfazem e concretizam os seus principais desejos. Esta teoria possuiu o mérito de inaugurar o estudo da Terceira Idade como nova etapa da vida, dando-lhe visibilidade e relevância como nova identidade etária e motivando os estudos posteriores sobre o tema (Silva, 2008a).

A WHO (2002) considera que a idade em que uma pessoa é considerada na fase da Terceira Idade varia conforme a cultura e desenvolvimento da sociedade em que vive. Classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. A própria OMS reconhece que qualquer que seja o limite mínimo adotado é importante considerar que a idade cronológica não é um marcador preciso para as alterações que acompanham o envelhecimento, podendo haver grandes variações entre os idosos.

2.1. Felicidade

Nos últimos anos, têm-se desenvolvido um interesse pelo estudo da Felicidade por parte da Psicologia. Tal situação demonstra uma alteração de paradigma, uma vez que ao longo de quase todo o século XX o objetivo dos estudos estavam fixos nos estados afetivos patológicos (Ferraz, Tavares, & Zilberman, 2007).

É muita a literatura sobre a Felicidade, estreitamente relacionada com o bem-estar e com a satisfação da vida. A terminologia usada (por exemplo alegria, contentamento, satisfação, bem-estar) demonstra as dificuldades em definir o termo Felicidade, termo que expressa uma grande carga emotiva mas que possui também uma dimensão cognitiva, pois cada um representa a Felicidade a seu modo. A expressão “satisfação na/com a vida” enfatiza mais a componente cognitiva, enquanto o “bem-estar” é mais abrangente, envolvendo a saúde física e psíquica, incluindo de algum modo a satisfação e a Felicidade. Não obstante, normalmente os autores consideram equivalentes o bem-estar e a Felicidade, enquanto veem a satisfação como uma condição predominantemente cognitiva do bem-estar (Barros-Oliveira, 2010).

Veenhoven (1992) afirma, que embora o conceito de satisfação com a vida esteja interligado com o conceito de Felicidade, a satisfação com a vida enfatiza o processo de avaliação, enquanto o sentimento de Felicidade, desenvolver-se-á com maior peso a partir

das emoções. Este autor define Felicidade como o grau em que o sujeito avalia, de maneira favorável, a qualidade do conjunto dos aspetos e dimensões da sua vida.

Ferraz, Tavares, e Zilberman (2007) definem Felicidade como uma emoção básica caracterizada por um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e de prazer, associados à percepção de sucesso e à compreensão coerente e lúcida do mundo. A Felicidade pode estar associada a vários estados e experiências. Por exemplo, o amor, a alegria, a saúde, a saciedade, o contentamento, a segurança e a serenidade. Emoções como a tristeza, o medo, a raiva e os estados afetivos como a ansiedade, angústia, dor e sofrimento, costumam provocar uma diminuição da Felicidade.

A área da Psicologia positiva tem-se dedicado a investigar os estados afetivos positivos, sendo um deles a Felicidade. Trabalhos dentro dessa área têm sido publicados por diferentes investigadores.

Inglehart (1990) avaliou seis faixas etárias diferentes (entre os 15 e os 24 anos, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 64, 65 ou mais anos) e obteve níveis de satisfação com a vida idênticos. Watson (2000) verificou que, apesar de existir a crença popular de uma típica “crise da meia-idade”, ou da “síndrome do ninho vazio” que diminui a Felicidade em determinadas etapas da vida, existe uma variação muito pequena com o passar da idade.

Watson (2000) estudou, também, a relação entre o género e a Felicidade e verificou que é outra característica que não prediz Felicidade. Este autor considera, também, que as emoções positivas são tanto causa como consequência da Felicidade.

No campo da Terceira Idade, na literatura, encontram-se com frequência um maior número de estudos referentes aos aspetos negativos, nomeadamente às perdas e doenças, do que referências sobre os ganhos associados à Terceira Idade. Todavia, os estudos sobre os aspetos positivos na Terceira Idade têm sofrido um acréscimo nos últimos tempos (Ferraz, Tavares, & Zilberman, 2007). A satisfação com a vida e a Felicidade têm-se declarado como uma componente essencial a preservar e promover no processo de envelhecimento.

Na Terceira Idade, o interesse pelo estudo dos aspetos positivos ocorrentes nesta fase da vida surge nos anos sessenta. Em que envelhecer ou ser idoso passa a não estar associado à doença, inatividade, impotência ou dependência (Neri; citado por Nobre, Reis, Castro & Esteves, 2013).

Envelhecer não implica parar de procurar por tudo aquilo que proporciona momentos de Felicidade e que permitem ter uma boa qualidade de vida. Freire (2000) considera que o idoso tem aptidão para mudar as situações de sua vida e a si mesmo, tendo várias reservas que ainda não foram exploradas. Os idosos podem-se sentir felizes, realizados e ativos no seu meio social, familiar, etc.

O termo envelhecimento positivo ou bem-sucedido surgiu na Gerontologia, também, nos anos 60, associado à mudança ideológica de que a Terceira Idade e o envelhecimento não implicam estar doente, inativo, “a terceira idade deixa de ser vista como o retorno à infância”. A Gerontologia passou, assim, a investigar também os aspetos positivos, o potencial para o desenvolvimento de estratégias adaptativas satisfatórias e sobretudo a

heterogeneidade relacionada com este processo (Neri; citado por Luz & Amatuzzi, 2008). Neste âmbito, diferentes investigadores de distintas áreas e as pessoas de uma forma geral, têm-se interessado por procurar formas que contribuam para um envelhecimento positivo ou bem-sucedido.

De acordo com o Institute of Medicine (2011), o sentimento de Felicidade tem sido alvo de estudo na área de investigação científica da Saúde. Estudos longitudinais têm demonstrado a importância da Felicidade no aumento da longevidade (Giltay, Geleijnse, Zitman, & Hoestra, 2001; Veenhoven, 2008; Sadle, Miller, Christsen, & McGue, 2011) na proteção a doenças (Kubzansk, Sparrow, Vokonas, & Kawachi, 2001) e incapacidades (Collins, Goldman, & Rodriguez, 2008). Estudos evidenciam que o sentimento de Felicidade está bastante associado à autoestima, ao conforto, ao suporte e participação social. Porém, nos idosos a relação da Felicidade com a Saúde não é muito conhecida (Lima, Barros, & Alves, 2012).

Llobet, Ávila, Farrás, e Canut (2011) concretizaram um estudo cujo um dos objetivos foi avaliar a percepção de Felicidade em idosos com 75 ou mais anos de idade, atendidos num programa domiciliário. Nesse mesmo estudo foi observado que 57.7% dos idosos estavam bastante felizes, 11.5% estavam muito felizes e 30.8% pouco felizes. Alguns indivíduos referiram estar bastante felizes por estarem contentes com os filhos, com a Saúde da família e com a adaptação das circunstâncias. A ausência de Felicidade foi associada à perda de familiares, a ter uma família pouco saudável, a ter poucos recursos ou por não poderem visitar familiares que residem longe.

Lima, Barros e Alves (2012) elaboraram um estudo cujo um dos objetivos foi detetar as condições de saúde que se encontram associadas ao sentimento de Felicidade, na população idosa. Os resultados deste estudo revelaram que a prevalência de idosos que se declararam felizes por todo o tempo durante as últimas quatro semanas foi significativamente maior nos homens e nos mais jovens, nos casados em relação aos viúvos e naqueles com maior nível de escolaridade.

Existem vários estudos sobre a Felicidade, contudo poucos são os que estudam a Felicidade na Terceira Idade não só do ponto de vista global, mas também analisando as suas dimensões específicas.

2.2. Saúde

Em qualquer faixa etária podem ocorrer problemas de Saúde, mas é a população idosa quem mais necessita de cuidados de Saúde. Os idosos são mais vulneráveis à existência de maiores problemas de Saúde. Esses problemas surgem muitas vezes por causa de inapropriados mecanismos de suporte social, familiar e institucional.

Durante muitos anos, o termo Saúde estava apenas associado à presença de integridade física. Contudo, com a evolução da medicina e do tratamento de determinadas doenças, o estar livre de doenças mentais começou, também, a estar presente no conceito de uma pessoa saudável (Pender; citado por Chen, Hung, Lin, Hang & Yang, 2011).

A OMS (2009) define Saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental e espiritual e social e não apenas a ausência de doença”.

Na Terceira Idade o termo Saúde está relacionado com a qualidade e potencial de vida de uma pessoa idosa. Nem toda a faixa etária idosa fica limitada, muitos vivem a sua vida de modo perfeitamente normal, com as suas doenças, expressando satisfação na vida e sendo considerados como pessoas saudáveis. Um idoso pode chegar a uma idade avançada e ter aptidão para gerir a sua própria vida, definindo quando, onde e como serão as suas atividades diárias (de lazer, convívio social e até de trabalho) (Forstmeier & Maercker, 2008). Isto significa que, embora o envelhecimento envolva múltiplas doenças, prejuízos e incapacidades, tanto a nível físico como a nível mental, fazer parte da Terceira Idade não é propriamente sinónimo de doença (Maia, Durante, & Ramos, 2004). Ser idoso saudável implica uma alta capacidade funcional física e cognitiva e uma vida ativa que conduzem a uma baixa probabilidade de doença e incapacidade (Rowe & Kahn, 1997).

Em qualquer ciclo da vida são variados os fatores sociais, físicos e psicológicos que determinam o nível de Saúde física e mental de uma pessoa. Nos idosos, a presença de fatores de stresse típicos da vida, a capacidade de viver de forma independente, a dificuldade de locomoção, as dores crónicas, a negligência física, os maus-tratos, o facto dos idosos serem mais propensos a experienciar determinados eventos (e.g. luto), entre outros problemas, obrigam à existência de algum tipo de cuidados de longa duração, uma vez que é nesta fase da vida que existe uma maior vulnerabilidade para a ocorrência deste tipo de problemas. Todos esses fatores podem resultar no isolamento, na perda de independência, solidão e sofrimento psicológico (WHO, 2013).

A Saúde de um sujeito idoso não pode ser encarada de forma simplista como ausência de doença, mas sim como um condição ótima, no sentido físico e psicológico, com que enfrenta os acontecimentos da vida diária (Ilder & Benyamini; Ross & Wu; citado por Burke, Scnittger, O’Dea, Buckley, Wherton & Lawlor, 2012).

É fundamental e prioritário compreender e conhecer a forma como a população idosa percebe a sua Saúde, com vista ao alcance de uma intervenção positiva e precisa. A autopercepção do estado de Saúde é um indicador do estado de saúde global e é uma medida normalmente utilizada na área do envelhecimento porque prediz de forma robusta e consistente o declínio funcional (Ilder & Benyamini, Ross & Wu; citado por Burke *et al.*, 2012).

2.3. Bem-Estar Subjetivo

Na literatura científica e nas abordagens conceituais observa-se uma falta de consenso teórico em relação ao termo Bem-estar Subjetivo. Muitas vezes visto como sinónimo de Felicidade, como uma dimensão positiva da Saúde mental ou incluído no termo qualidade de vida.

O conceito de Bem-Estar Subjetivo na sua evolução e contexto histórico foi considerado como um conceito abrangente e conceptualmente difuso. George (1981) e Horley

(1984) observaram que os termos que caracterizam o Bem-Estar Subjetivo têm sido utilizados com pouca precisão em relação às suas distinções conceituais e operacionais. Diversos investigadores apresentam os seus próprios termos e designações ao estudarem o Bem-Estar Subjetivo, contudo tais termos nem sempre são sinónimos.

Atualmente, investigações realizadas pretendem demonstrar e contribuir para a consistência do conceito. Após alguma crise inicial no significado do Bem-Estar Subjetivo, considera-se que se chegou a um consenso. O conceito abrange uma dimensão cognitiva, em que existe um critério avaliativo e uma dimensão afetiva, conceptualizados como a satisfação com a vida e como sentimento de Felicidade (Sagiv & Schwartz, 2000). Dimensões estas desvinculadas mas substancialmente correlacionadas (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

McCullough, Heubner, e Laughlin (2000) referem que o Bem-estar Subjetivo é composto por três componentes interrelacionadas mas separadas: a satisfação com a vida global (avaliação cognitiva positiva da vida pessoal como um todo), o afeto positivo (frequência de emoções positivas num sujeito) e o afeto negativo (frequência das emoções negativas). Isto indica que as pessoas que apresentam Bem-Estar Subjetivo positivo, vivenciam mais emoções positivas e avaliam de forma positiva a sua vida como um todo.

O Bem-Estar Subjetivo está relacionado a avaliação positiva ou negativa que as pessoas fazem das suas vidas (Diener, 2006) aliada às suas respostas emocionais (Galinha & Ribeiro, 2005; Ranzjn & Luszcz, 2000; Albuquerque & Tróccoli, 2004; Eid & Diener, 2004). Ou seja, o Bem-Estar Subjetivo inclui uma avaliação dos afetos positivos e negativos, em que os afetos positivos revelam humores e emoções agradáveis. As emoções positivas ou agradáveis refletem as reações de uma pessoa em relação ao significado que determinados eventos da sua vida tem para si, numa forma desejável. O afeto negativo inclui emoções que são desagradáveis e representam as respostas das pessoas em relação à experiência negativa em reação à sua vida, Saúde, eventos e circunstâncias (Diener, 2006).

No campo da Terceira Idade, o Bem-Estar Subjetivo é um ponto importante para o alcance de uma velhice positiva e um fator indispensável para a promoção de qualidade de vida, visto que ser idoso implica passar por períodos de mudanças que exigem ao mesmo tempo uma adaptação às novas condições de vida. Assim, o Bem-Estar Subjetivo verifica-se quando o idoso sente prazer e poucas emoções negativas, quando está satisfeito com a própria vida (Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002).

Estudos indicam que este construto é influenciado por vários factores (e.g., capacidade funcional, Saúde, idade, género e pelas relações familiares) que a adaptação às perdas e conseqüências negativas não é igual entre idosos (Moraes & Souza, 2005; George, 2010).

Estudos sobre o Bem-Estar Subjetivo em idosos têm demonstrado que os participantes dos mesmos apresentam *scores* satisfatórios de afetos positivos e satisfação com a vida, tal como índices de afetos negativos inferiores (Sequeira & Silva, 2002).

O Bem-Estar Subjetivo é visto como uma dimensão positiva da Saúde (Galinha & Ribeiro, 2005), agregada a um envelhecimento saudável (Guedea *et al.*, 2006). Spirduso

(1995) refere que a Saúde é um fator de contribuição importante para um declínio na sensação geral de Bem-Estar Subjetivo. Isto significa que, uma pessoa com problemas de Saúde poderá apresentar sensações de Bem-Estar Subjetivo e satisfação diminuídos, e por conseguinte afetar de uma forma significativa a qualidade de vida.

2.4. Vulnerabilidade aos Maus-tratos

O envelhecimento demográfico é um fenómeno mundial com diversos impactos a distintos níveis e do qual resultam diferentes problemáticas. De entre essas problemáticas, a mais preocupante é a questão da Vulnerabilidade aos Maus-Tratos na população idosa, tanto em contexto familiar como institucional.

Os maus-tratos a idosos são “um fenómeno ainda mais invisível do que a violência que é perpetrada sobre as crianças e as mulheres”. O reconhecimento deste problema resulta de fatores como: “o acentuado envelhecimento da população, a inclusão desta forma de violência no espectro geral da violência doméstica, a existência de um sentimento ambivalente em relação à terceira idade...” (Dias, 2009,p.4).

Em Portugal, estudos recentes revelam que o fenómeno dos maus-tratos contra pessoas idosas está a crescer. Entre 2000 e 2012, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV,2013) registou um total de 7058 processos de apoio a pessoas idosas vítimas de crime e de violência. Verificou-se um aumento de 179% de 2000 para 2012 (+ 519 processos de apoio).

São as mulheres que representam a maior percentagem de pessoas idosas vítimas de maus-tratos. Em 2012, 80.6% das vítimas eram do sexo feminino (53.3% das situações tem idade compreendida entre os 65 e os 75 anos). Sendo a categoria de violência doméstica aquela que regista o maior número de factos criminosos (80.2%). Em 25.7% dos casos, a vítima e autor do crime tinham a relação de cônjuge. Segundo os mesmos dados, de 2007 para 2008 o número de pessoas idosas que recorreram aos serviços da APAV aumentou cerca de 20.7%, passando dos 656 para 792 utentes. Em 2009, o número de utentes aproximou-se novamente dos níveis registados em 2007. Este problema, representa atualmente um grande desafio para o setor da saúde, atingindo todas as classes sociais e provocando, além de óbitos, traumas físicos e emocionais graves, que necessitam de ser conhecidos (APAV, 2013).

No que diz respeito à violência sobre isoso são diversas as definições popostas. A WHO (2002) refere que os maus-tratos na Terceira Idade podem ser definidos como “ato único ou repetido, ou ainda, ausência de ação apropriada que cause dano, sofrimento ou angústia e que ocorram dentro de um relacionamento de confiança”.

Cerca 90% dos casos de maus-tratos são cometidos pela família do idoso (Stark, 2012). Mais de 80% dos casos de maus-tratos não são relatados por adultos mais velhos por causa de vergonha, culpa, medo de represálias, medo de perda de independência por não saberem os seus direitos ou não saber onde ou como obter ajuda (Rovi, Chen, Vega, Johnson, & Mouton,2009; Sellas; citado por Stark, 2012). O processo de reconhecimento de que os idosos são vítimas de violência por parte da sua própria família é extremamente difícil visto que, na

eventualidade destes serem vítimas de maus-tratos nas suas próprias residências, é abalado o mito da família como sítio privilegiado de afetos e segurança (Dias, 2004).

Em ambiente institucional existem evidências que sugerem que os maus-tratos estão presentes de uma forma generalizada (Hawes; citado por McDonald, et al., 2012). O abuso a idosos em instituições de cuidados continuados tem sido identificado em quase todos os países onde estas instituições existem (WHO, 2002).

As transformações na estrutura social, no contexto familiar, nas atitudes e nos valores, estão possivelmente na gênese do problema (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006). Para muitos, o idoso deixou de ser o “sábio” passando a ser um “fardo” que é necessário cuidar (Costa, Pimenta, Brigas, Santos, & Almeida, 2009). O incremento da esperança média de vida, o avanço na tecnologia médica e farmacêutica que possibilitaram o prolongamento dos anos de vida em doenças com patologias crónicas (Levine, 2003), contribuem para o problema. De igual modo, a falta de preparação de familiares/cuidadores e instituições para lidar com as questões sociais e psíquicas próprias do envelhecimento (Costa *et al.*, 2009), são também possíveis fatores deste grave problema.

A progressiva vulnerabilidade que, em regra, acompanha o envelhecimento funciona como incremento para os maus-tratos. Deste modo, a identificação de fatores de risco é uma parte importante para a prevenção de maus-tratos a idosos, uma vez que estes podem estar associados à probabilidade de ocorrência dos mesmos.

A WHO (2002) salienta os fatores socioeconómicos e culturais, designadamente a representação dos idosos como frágeis, fracos e dependentes, a erosão dos laços intergeracionais e inadequação das redes de suporte. Quando institucionalizados, a violência contra idosos pode igualmente suceder e é mais frequente quando os profissionais não têm formação adequada, isto para além do ambiente físico e relacional deficiente.

Lachs e Pillemer (2004) referem que os fatores de risco que conduzem ao incremento dos maus-tratos neste tipo de população são: idosos que vivam acompanhados, idosos com demências, isolamento social, as características patológicas do agressor e a dependência do mesmo à pessoa que maltrata.

Faleiros e Brito (2007) observaram que o contexto socioeconómico pode, de alguma maneira, originar desajustes e desequilíbrios na família. Alguns dos fatores de risco considerados neste estudo são o desemprego, a dependência económica e a coabitação do agressor com o idoso. Por outro lado, as representações sociais da Terceira Idade e a falta de capacidade para lidar com o processo de envelhecimento podem também contribuir.

São várias as teorias propostas para explicar este problema. O comportamento provocativo ou agressivo por parte dos sujeitos idosos, pode desencadear uma resposta agressiva por parte do cuidador (Pillemer & Suitor, 1992). Outros propõem que as características do agressor (e.g., abuso de álcool, saúde mental ou problemas comportamentais, dependência financeira, etc.) podem ser mais preditivas de maus-tratos nos idosos do que as próprias características da vítima (Reis & Nahmiash, 1998). Alguns investigadores sugerem que o aumento da fragilidade e o declínio cognitivo da pessoa mais

velha induz stresse no cuidador, uma redução da rede social tanto do cuidador como da pessoa idosa, o que pode conduzir a maus-tratos (Shugarman, Fries, Wolf, & Morris, 2003).

Devido à dificuldade de obtenção de informação a partir de abusadores, a maioria dos estudos concentram-se na vítima, porque é aquela que pode mostrar sinais de abuso (Shugarman, Fries, Wolf, & Morris, 2003). Todavia, é difícil identificar a violência exercida contra o idoso, visto que não se trata apenas de agressão física (perceptível principalmente pelas marcas corpóreas resultantes) mas também por problemas sociais, psicológicos e morais.

3. Método

3.1. Desenho da investigação

Este estudo centra-se numa abordagem de análise quantitativa e tem como objetivo explicar ou predizer um fenómeno a partir da medida de variáveis e pela análise numérica a partir do recurso a testes e procedimentos estatísticos (Balnaves & Caputi, 2001). É um estudo transversal (*cross-sectional*), tendo em conta que a amostra apenas respondeu ao questionário num momento isolado; descritiva e correlacional, pois visa descrever as características da população em estudo, tal como a relação entre as variáveis (Baxter & Jack, 2008).

3.2. Participantes

A amostra é constituída por 180 sujeitos com idades compreendidas entre 65 e 97 anos de idade ($M = 76.5$; $DP = 7.94$)¹. Relativamente à idade, a amostra foi dividida em três grupos²: idosos jovens (43.3%), idosos (39.4%) e idosos velhos (17.2%)³. Em relação ao género, observa-se que 107 (59.4%) dos participantes são do género feminino e 73 (40.6%) são do género masculino. Os idosos que constituem a amostra são maioritariamente casados (42.2%) e viúvos (39.4%); 75% dos idosos não estão institucionalizados, sendo que os restantes 25% estão institucionalizados. Em termos de escolaridade, a grande parte dos idosos que constituem a amostra apresentam um nível de escolaridade até 4 anos (45.6%). Por último, no que diz respeito ao terem sofrido algum tipo de violência, 154 (85.6%) responderam que nunca sofreram qualquer tipo de violência, 25 (13.9%) já sofreram e 1 (0.60%) dos indivíduos não respondeu⁴.

Os participantes responderam ao questionário num só momento e foram informados do anonimato e confidencialidade das suas respostas. Foram, igualmente, informados que

¹ Cf. Figura 2 (Anexo B).

² Cf. Figura 3 (Anexo B).

³ Considera-se os grupos tal como definidos em Spirduso (1995): idosos jovens (de 65 a 74 anos de idade), idosos (de 75 a 84 anos) e idosos velhos (de 85 a 99 anos de idade).

⁴ Cf. Tabela 25 (Anexo B).

responderiam às perguntas que desejassem.

3.3. Instrumentos

Os dados foram recolhidos a partir dos instrumentos: Questionário Sociodemográfico (QS), Covilha Happiness Questionnaire (CHQ), Versão Portuguesa do Short Form Health Survey (SF-36), Versão Reduzida da Escala Portuguesa de Afeto Positivo e Negativo (PANAS-VRP), Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST).

QS

O QS foi elaborado para o efeito e é composto por 15 perguntas de resposta direta, rápida e simples, sobre as características pessoais e demográficas dos participantes.

CHQ

A escala CHQ foi desenvolvida por Pereira *et al.* (2014) com o objetivo de desenvolver e validar uma nova medida da Felicidade. O instrumento é constituído por 41 itens e é requerido aos participantes que respondam aos itens numa escala tipo likert (1 = discordo totalmente; 2 = discordo moderadamente; 3 = não concordo/nem discordo; 4 = concordo moderadamente; 5 = concordo totalmente). Esta escala permite calcular a média dos 41 itens (*score* total) e os *scores* de cinco dimensões que caracterizam a Felicidade. As dimensões consideradas são: (EP) emoções positivas (pessoas que são confiantes, otimistas, satisfeitas com a sua vida, pacíficas e capazes de lidar com as adversidades); (ISG) interações sociais gratificantes (pessoas que estão integradas socialmente, confiam nas pessoas que estão à sua volta e estão satisfeitas com as suas relações e o seu meio social); (A) autoajuda (pessoas que se preocupam com o corpo e com a mente e que estão em paz consigo próprias); (PAS) participação em atividades com significado (pessoas que desenvolvem as suas capacidades e conhecimento e que participam no seu meio social, cultural e político); (ESC) estrutura socioeconómica comprometedora (pessoas que vivem em ambientes saudáveis e seguros, que estão satisfeitas com as políticas, economia e a justiça nas suas vidas e no seu país). *Scores* baixos na escala CHQ indicam baixos níveis de Felicidade.

SF-36

A Versão Portuguesa da escala SF-36 foi desenvolvida por Ferreira (2000). O SF-36 é um instrumento de medida genérica da Saúde, que mede conceitos de Saúde que patenteiam valores humanos básicos significativos à funcionalidade e ao bem-estar de cada sujeito (Ware, Kosinski & Keller; citado por Ferreira, 2000).

O SF-36 é composto por 36 itens que permitem medir as seguintes dimensões da Saúde: (FF) função física, (DF) desempenho físico, (DE) desempenho emocional, (DC) dor física, (SG) saúde geral, (VT) vitalidade, (FS) função social, (SM) saúde mental e (MS)

mudança de saúde. A dimensão FF mede o impacto na qualidade de vida das limitações físicas em situações do dia-a-dia (tomar banho, vestir-se sozinho/a, praticar desportos fisicamente mais exigentes, carregar os sacos das compras, ajoelhar-se ou andar uma determinada distância). A dimensão DF e DE avaliam o impacto das limitações na saúde (quantidade de trabalho realizado, necessidade de diminuir o trabalho ou à dificuldade em concretizá-lo) devido a problemas físicos e emocionais, respetivamente. A dimensão DC mede não somente a intensidade e o desconforto causados pela dor, como também de que forma é que esta interfere com o trabalho normal. A dimensão SG avalia a percepção holística da Saúde, envolvendo a Saúde atual, a resistência à doença e o aspeto saudável. A VT analisa os níveis de energia e de fadiga. A FS mede a quantidade e a qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas atividades. A SM mede os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2012). Por último a dimensão MS mede o grau de mudança em geral na própria Saúde (Ferreira, 2000).

Estas dimensões podem ser agrupadas em duas componentes: Saúde física e Saúde mental (Ferreira, 2000). A Saúde física compreende as dimensões FF, DF, DC e SG. A Saúde mental inclui as dimensões SM, DE, FS e VT (Ware, Kosinski, & Keller; citado por Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2012). Este instrumento permite detetar tanto os estados positivos como os negativos da Saúde (Alonso, Prieto & Antó; citado por Ferreira, 2000), calcular a média dos 36 itens (*score* total) e os *scores* das dimensões. Apresenta um *score* final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de Saúde e 100 ao melhor estado geral de Saúde (Ware & Sherbourne; Ware & Gandek; citado por Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma, 1999). *Scores* altos na escala SF-36 indicam altos níveis de Saúde (Ferreira, 2000).

PANAS- VRP

A Versão reduzida da Escala portuguesa de Afeto Positivo (AP) e Negativo (AN) (PANAS-VRP) foi desenvolvida por Galinha, Pereira e Esteves (2014), a partir de um estudo prévio de análise psicométrica da versão portuguesa PANAS.

A versão utilizada mede um conjunto de sentimentos e emoções (AP e AN), tendo em consideração um quadro temporal de referência (é solicitado ao participante que indique em que medida, no geral, sente cada uma das emoções). Pode ser usada como medida de avaliação da dimensão afetiva do conceito de Bem-Estar Subjetivo (Arthaud-Day, Rode, Mooney, & Near; Diener & Ryan; Galinha & Ribeiro; citado por Galinha, Pereira, & Esteves, 2014). É constituída por 10 itens misturados: 5 itens para as emoções de AP (entusiasmado, inspirado, determinado, interessado e ativo) e 5 itens para as emoções de AN (assustado, amedrontado, atormentado, nervoso e culpado). É requerido aos participantes que respondam a itens numa escala tipo likert (1 = nada ou muito ligeiramente; 2 = um pouco; 3 = moderadamente; 4 = bastante; 5 = extremamente).

Quando o *score* na escala de AN é elevado significa desprazer e mal-estar subjetivo e

inclui dimensões como medo, nervosismo e perturbação. Já um *score* elevado na escala de AP implica prazer/Bem-Estar Subjetivo e abrange dimensões como, entusiasmo, inspiração e determinação.

H-S/EAST

A H-S/EAST é um instrumento de rastreio de violência na população idosa. Foi desenvolvido nos Estados Unidos, por Neale, Hwalek, Scott, Sengstock e Stahl (1991) e adaptado transculturalmente para uso no contexto brasileiro, por Reichenheim, Paixão e Moraes (2008). Tem como objetivo identificar sinais de presença (diretos) e sinais de suspeita (indiretos) de maus-tratos em idosos.

A grande parte dos itens que compõe este instrumento não focaliza somente sintomas específicos de violência, mas procura também identificar circunstâncias relacionadas (Hwalek & Sengstock, 1986; Neale *et al.*, 1991). Os itens incluem: o risco de violência psicológica e física, violação de direitos pessoais, isolamento ou abandono e violência por motivos financeiros.

Em termos operacionais, o instrumento é de fácil de aplicação e por norma bem aceite pelos idosos (Neale *et al.*, 1991). É composto por 15 itens dicotômicos (inclui respostas sim/não) que foram selecionados a partir de vários protocolos de identificação de violência doméstica contra idosos. Na cotação de cada resposta atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, em que o ponto é dado para a resposta negativa. Estudos prévios sugerem que, no contexto clínico, um *score* de três ou mais pode indicar maior risco de algum tipo de violência presente.

A escala H-S/EAST divide-se em três dimensões: (ABP) abuso potencial, (VDP) violação dos direitos pessoais ou abuso direto e (CDV) características de vulnerabilidade. A dimensão ABP engloba os itens 2, 5, 7, 8, 12, 13 e 14. Por sua vez, a dimensão VDP engloba os itens 4, 9, 10, 11 e 15. Por último, a dimensão CDV engloba os itens 1, 3 e 6.

De acordo com os autores Reichenheim, Paixão, e Moraes (2008) a H-S/EAST tem algumas limitações, uma vez que não inclui a avaliação dos seguintes tipos de maus-tratos: a autonegligência, abandono e violência sexual.

Embora tenha sido efetuada uma tradução transcultural para o contexto Brasileiro, não foram encontradas traduções para o contexto Português (Portugal). Assim sendo, de modo a respeitar as especificidades linguísticas da língua portuguesa, o instrumento H-S/EAST foi traduzido para Português (Portugal).

3.4. Procedimentos

Após a devida autorização para a utilização dos instrumentos, foi elaborado o protocolo de investigação. Efetuou-se uma aplicação piloto do mesmo como forma de analisar a sua robustez. Posteriormente procedeu-se à recolha dos dados junto da população-alvo. O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao *software* estatístico SPSS®.

4. Resultados

Calculou-se a consistência interna dos itens a partir do coeficiente Alfa de Cronbach (Anexo B, nas Tabelas 26-29 encontram-se as matrizes de correlação inter-item para os itens que constituem, respetivamente, os instrumentos CHQ, SF-36, PANAS-VRP e H-S/EAST). Perante a amostra em estudo, os instrumentos CHQ e SF-36 apresentam uma consistência interna alta e muito alta⁵, sendo o Alfa de Cronbach de 0.81 e 0.95, respetivamente. Tanto a escala de AP como a escala de AN do instrumento PANAS-VRP apresentam uma consistência interna alta, sendo o Alfa de Cronbach de 0.81 e 0.78, respetivamente. Já o instrumento H-S/EAST, apresenta uma consistência interna moderada, obtendo-se um Alfa de Cronbach de 0.68.

As variáveis em estudo são quantitativas e tendo em conta o Teorema do Limite Central para grandes amostras a normalidade é assumida. Assumindo a normalidade da amostra testes paramétricos foram utilizados: na análise das correlações foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson; utilizou-se o teste *T-Student* para comparação de médias entre dois grupos e ANOVA para comparação de médias entre três ou mais grupos. Todas as conclusões retiradas foram feitas tendo por base o nível de significância de 95% (valor- $p \geq 0.05$).

4.1. Análise de Correlação

4.1.1. Felicidade e Saúde

H1: Existe correlação significativa entre a Felicidade (CHQ) e a Saúde (SF-36)

Com o objetivo de analisar a correlação entre cada uma das dimensões que compõem a escala CHQ e cada uma das dimensões da escala SF-36, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson para cada respetivo par (cf. Tabela 1).

Relativamente à dimensão EP da escala CHQ observa-se uma correlação significativa, positiva e fraca⁶ entre esta dimensão e as dimensões FF, SG, VT, FS e SM (respetivamente, $r(179) = 0.23$; $r(180) = 0.19$; $r(177) = 0.19$; $r(178) = 0.16$; $r(179) = 0.18$).

Observam-se correlações significativas positivas entre a dimensão ISG e as dimensões FF, DC, SG, FS, DE e SM. Sendo que apenas a correlação entre a dimensão ISG e a dimensão SM é moderada ($r(179) = 0.31$). Por sua vez as correlações entre a dimensão ISG e as dimensões FF, DC, SG, FS e DE são fracas (respetivamente, $r(179) = 0.16$; $r(179) = 0.18$;

⁵ Freitas e Rodrigues (2005) consideram o seguinte: um valor menor ou igual a 0.30 é muito baixo; valor entre 0.30 e 0.60 é baixo; valor entre 0.60 e 0.75 é moderado; valores entre 0.75 e 0.90 é alto e valores maiores que 0.90 é muito alta.

⁶ Cohen (1988) considera, para interpretação da intensidade da correlação em Ciências Sociais, os seguintes intervalos: $0.1 \leq |r| \leq 0.23$ (fraca); $0.24 \leq |r| \leq 0.36$ (moderado); $|r| \geq 0.37$ (forte)

$r(180) = 0.15$; $r(178) = 0.15$; $r(164) = 0.17$).

No que concerne à dimensão A da escala CHQ verifica-se que existe uma correlação significativa entre esta dimensão e todas as dimensões da escala SF-36. Observa-se que todas as correlações são positivas, exceto a correlação entre a dimensão A e a dimensão MS. Quanto à intensidade da correlação pode averiguar-se que esta é fraca entre a dimensão A e as dimensões FF, DF, DC, DE e MS (respetivamente, $r(179) = 0.16$; $r(165) = 0.20$; $r(179) = 0.17$; $r(164) = 0.21$; $r(180) = -0.19$) e moderada na correlação com as dimensões SG, VT e SM (respetivamente, $r(180) = 0.31$; $r(177) = 0.33$; $r(179) = 0.28$).

Verifica-se a existência de correlação significativa e positiva entre a dimensão PAS e as dimensões FF, DF, DC, SG, DE e uma correlação significativa e negativa entre a PAS e a MS. Em termos da intensidade da correlação pode constatar-se que esta é fraca entre a dimensão PAS e as dimensões DF, DC, SG, DE e MS (respetivamente, $r(165) = 0.19$; $r(179) = 0.23$; $r(180) = 0.18$; $r(164) = 0.17$; $r(180) = -0.18$) e moderada entre a dimensão PAS e a dimensão FF [$r(179) = 0.31$].

Por último, na análise da correlação entre a dimensão ESC da escala CHQ e as dimensões da SF-36, observa-se que existe apenas correlação significativa com as dimensões FF e SG. Sendo esta correlação positiva e fraca (respetivamente, $r(179) = 0.17$; $r(180) = 0.18$).

Tabela 1

Coeficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para as diferentes dimensões da escala CHQ e para as várias dimensões da escala SF-36

CHQ	SF-36									M	DP
	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM	MS		
EP	0.23**	0.083	0.13	0.19**	0.19*	0.16*	0.098	0.18*	-0.073	48.1	6.63
ISG	0.16*	0.041	0.18*	0.15*	0.14	0.15*	0.17*	0.31**	-0.13	31.8	4.42
A	0.16*	0.20**	0.17*	0.31**	0.33**	0.25**	0.21**	0.28**	-0.17*	25.3	3.64
PAS	0.31**	0.19*	0.23**	0.18*	0.15	0.047	0.17*	0.004	-0.18*	21.3	4.60
ESC	0.17*	0.009	0.077	0.18*	-0.053	-0.029	-0.013	0.015	-0.072	13.2	3.43
M	21.1	13.8	7.66	15.3	12.8	8.06	11.7	18.1	3.23		
DP	6.73	4.86	3.01	3.88	3.45	1.96	3.33	4.92	0.88		

Nota.* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Podemos assim observar (c.f.Tabela 2) que existe correlação significativa positiva entre a Felicidade (CHQ) e a Saúde (SF-36), sendo esta contudo considerada moderada [$r(180) = 0.32$].

Tabela 2

Coeficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para a Felicidade (soma de todas as dimensões da escala CHQ) e a Saúde (soma de todas as dimensões da escala SF-36)

	Saúde (SF-36)	M	DP
Felicidade (CHQ)	0.32**	140	15.9
M	109		
DP	26.7		

Nota.** $p < 0.01$

4.1.2. Felicidade e Bem-Estar Subjetivo

H2: Existe correlação significativa entre a Felicidade (CHQ) e o Bem-Estar Subjetivo (PANAS-VRP)

Calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson entre as várias dimensões que compõem a escala CHQ e as duas escalas do instrumento PANAS-VRP. Na Tabela 3 encontram-se os resultados.

Observa-se a existência de correlação significativa e positiva entre as diferentes dimensões da escala CHQ e a escala de AP do instrumento PANAS-VRP, sendo esta forte nos casos das dimensões EP e PAS (respectivamente, $r(180) = 0.49$; $r(180) = 0.58$) e, moderada nos casos das dimensões ISG, A e ESC (respectivamente, $r(180) = 0.28$; $r(180) = 0.31$; $r(180) = 0.29$). Verifica-se a existência de correlação significativa e negativa entre três das dimensões da escala CHQ e a escala de AN do instrumento PANAS-VRP. Sendo duas fracas (EP e A) e uma moderada (ISG). Em suma, em 80% dos casos observam-se correlações significativas (40% correlações fracas, 40% correlações moderadas e 20% correlações fortes).

Tabela 3

Coeficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para as diferentes dimensões da escala CHQ e para as duas escalas do instrumento PANAS-VRP

CHQ	PANAS-VRP		M	DP
	AP	AN		
EP	0.49**	-0.19*	48.1	6.63
ISG	0.28**	-0.28**	31.8	4.42
A	0.31**	-0.20**	25.3	3.64
PAS	0.58**	-0.15	21.3	4.60
ESC	0.29**	-0.048	13.2	3.43
M	14.9	8.87		
DP	3.80	3.57		

Nota.* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Uma vez que foram encontradas correlações significativas fortes entre as dimensões EP e PAS da escala CHQ e a escala de AP do instrumento PANAS-VRP, de modo a analisar a dependência da dimensão EP da escala CHQ em relação à escala de AP do instrumento PANAS-

VRP e a dependência da dimensão PAS da escala CHQ em relação à escala de AP do instrumento PANAS-VRP, efetuou-se uma regressão linear.

Considerando-se a dimensão EP da escala CHQ como a variável dependente, a Tabela 4 mostra que 24.3% das variações das emoções positivas podem ser explicadas pelas variações dos afetos positivos considerados na escala PANAS-VRP. Um ponto a mais na escala de AP corresponde a um acréscimo de 0.86 pontos na dimensão EP.

Tabela 4

Sumário dos resultados da regressão linear para a dimensão EP da escala CHQ (variável dependente) e a escala de AP do instrumento PANAS-VRP

Variável independente	R^2	R^2 - ajustado	B	DP	$Beta$	t
AP	0.24	0.24	0.86	0.11	0.49	7.55**

Nota. ** $p < 0.01$

Na Tabela 5 pode observar-se que 34% das variações da participação em atividades com significado podem ser explicadas pelas variações dos afetos positivos considerados na escala PANAS-VRP. Um ponto a mais na escala de AP corresponde a um acréscimo de 0.70 pontos na dimensão PAS.

Tabela 5

Sumário dos resultados da regressão linear para a dimensão PAS da escala CHQ (variável dependente) e a escala de AP do instrumento PANAS-VRP

Variável independente	R^2	R^2 - ajustado	B	DP	$Beta$	t
AP	0.34	0.34	0.70	0.07	0.58	9.54**

Nota. ** $p < 0.01$

Os resultados presentes na Tabela 6 indicam-nos que 38% das variações dos afetos positivos considerados na escala PANAS-VRP podem ser explicadas pelas variações das dimensões EP e PAS da escala CHQ. Considerando o valor de Beta, a participação em atividades com significado tem uma maior influência (do que as emoções positivas) nos afetos positivos considerados na escala PANAS-VRP.

Os resultados presentes na Tabela 7 demonstram que existe uma correlação significativa positiva entre a Felicidade (CHQ) e o Bem-Estar Subjetivo (PANAS-VRP), sendo que a correlação entre a Felicidade (CHQ) e a escala de AP (afetos positivos) é forte [$r(180) = 0.58$]. Com vista a analisar a dependência da Felicidade (CHQ) em relação à escala de AP do instrumento PANAS-VRP, realizou-se uma regressão linear. Os resultados encontram-se na Tabela 8. Verifica-se que 34% das variações da escala CHQ podem ser explicadas pelas variações dos afetos positivos (escala de AP do instrumento PANAS-VRP). Um ponto a mais na escala de AP corresponde a um acréscimo de 2.44 pontos na escala CHQ.

Tabela 6

Sumário dos resultados da regressão linear para a escala de AP do instrumento PANAS-VRP (variável dependente) e as dimensões EP e PAS da escala CHQ

Variáveis independentes	R^2	R^2 - ajustado	B	DP	Beta	t
	0.38	0.37				
EP			0.14	0.04	0.24	3.43**
PAS			0.37	0.06	0.45	6.25**

Nota. **p < 0.01

Tabela 7

Coefficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para a Felicidade (soma de todas as dimensões da escala CHQ) e as duas escalas do instrumento PANAS-VRP

Bem-Estar Subjetivo (PANAS-VRP)				
	AP	AN	M	DP
Felicidade (CHQ)	0.58**	-0.26**	140	15.85
M	14.9	8.87		
DP	3.80	3.57		

Nota. **p < 0.01

Tabela 8

Sumário dos resultados da regressão linear para a Felicidade (CHQ) (variável dependente) e a escala de AP do instrumento PANAS-VRP

Variável independente	R^2	R^2 - ajustado	B	DP	Beta	t
AP	0.34	0.34	2.44	0.25	0.58	9,61**

Nota. **p < 0.01

4.1.3. Felicidade e Vulnerabilidade aos Maus-Tratos

H3: Existe correlação significativa entre a Felicidade (CHQ) e a Vulnerabilidade aos Maus-Tratos (H-S/EAST).

Na análise da correlação entre as várias dimensões da escala CHQ e as três dimensões da escala H-S/EAST recorreu-se ao cálculo do coeficiente de Pearson. Na Tabela 9 encontram-se os resultados dessa análise.

Relativamente à dimensão EP da escala CHQ observa-se uma correlação significativa negativa com as três dimensões da escala H-S/EAST, sendo que as correlações com as dimensões ABP e VDP são de intensidade moderada (respetivamente, $r(179) = -0.26$ e $r(179) = -0.23$) e a correlação com a dimensão CDV é de intensidade fraca $r(179) = -0.18$.

Observam-se correlações significativas negativas entre a dimensão ISG e as três dimensões da escala H-S/EAST. As correlações entre a dimensão ISG da escala CHQ e as dimensões ABP e CDV são de intensidade moderada (respetivamente, $r(179) = -0.37$ e $r(179) = -0.31$) e a correlação entre a dimensão ISG da escala CHQ e a dimensão VDP da escala H-S/EAST é forte [$r(179) = -0.38$].

Verifica-se que a dimensão A da escala CHQ está correlacionada significativamente de modo negativo com duas das dimensões da escala H-S/EAST (a dimensão ABP e a dimensão CDV), sendo que ambas as correlações dão de intensidade fraca (respetivamente, $r(179) = -0.18$ e $r(179) = -0.21$).

Observa-se que a dimensão PAS da escala CHQ se encontra correlacionada significativamente de modo negativo com as três dimensões da escala H-S/EAST. As três correlações são de intensidade fraca (respetivamente, $r(179) = -0.16$, $r(179) = -0.19$ e $r(179) = -0.17$).

Por último, na análise da correlação entre a dimensão ESC da escala CHQ e as dimensões da escala H-S/EAST, observa-se a existência de correlação significativa fraca (respetivamente, $r(179) = -0.22$, $r(179) = -0.22$ e $r(179) = -0.12$).

Tabela 9

Coefficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para as diferentes dimensões da escala CHQ e para as três dimensões da escala H-S/EAST

CHQ	H-S/EAST			M	DP
	ABP	VDP	CDV		
EP	-0.26**	-0.23**	-0.18**	48.1	6.63
ISG	-0.37**	-0.38**	-0.31**	31.8	4.42
A	-0.18*	-0.13	-0.21**	25.3	3.64
PAS	-0.16*	-0.19*	-0.17*	21.3	4.60
ESC	-0.22**	-0.22**	-0.12	13.2	3.43
M	0.95	1.13	0.75		
DP	1.26	0.95	0.75		

Nota. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Uma vez que foi encontrada uma correlação significativa forte entre a dimensão ISG da escala CHQ e a dimensão VDP da escala H-S/EAST, de modo a analisar a dependência da dimensão ISG da escala CHQ em relação à dimensão VDP da escala H-S/EAST, efetuou-se uma regressão linear. Considerando-se a dimensão ISG da escala da CHQ como a variável dependente, a Tabela 10 mostra que 15% das variações das iterações sociais gratificantes podem ser explicadas pelas variações da violação dos direitos pessoais considerada na escala H-S/EAST. Um ponto a mais na dimensão VDP da escala H-S/EAST corresponde a um decréscimo de 1.79 pontos na dimensão ISG da escala CHQ.

Tabela 10

Sumário dos resultados da regressão linear para a dimensão ISG da escala CHQ (variável dependente) e a dimensão VDP da escala H-S/EAST

Variável independente	R ²	R ² - ajustado	B	DP	Beta	t
VDP	0.15	0.14	-1.79		-0.38	-5.54**

Nota.** $p < 0.01$

Os resultados presentes na Tabela 11 demonstram que existe correlação significativa negativa entre a Felicidade (CHQ) e a Vulnerabilidade aos Maus-Tratos (H-S/EAST), sendo esta de intensidade forte [$r (179) = -0.42$]. De modo a analisar a dependência da Felicidade em relação à Vulnerabilidade aos Maus-Tratos, efetuou-se uma regressão linear. Os resultados estão presentes na Tabela 12. É possível observar que 18% das variações da Felicidade (CHQ) podem ser explicadas pelas variações da Vulnerabilidade aos Maus-Tratos (H-S/EAST). Um ponto a mais na escala H-S/EAST corresponde a um decréscimo de 0.42 pontos na escala CHQ.

Tabela 11

Coefficiente de Correlação de Pearson, Média (M) e Desvio Padrão (DP) para a Felicidade (soma de todas as dimensões da escala CHQ) e a Vulnerabilidade aos Maus-Tratos (soma de todas as dimensões da escala H-S/EAST)

	Vulnerabilidade aos Maus-Tratos (H-S/EAST)	M	DP
Felicidade (CHQ)	-0.42**	140	15.85
M	2.83		
DP	2.30		

Nota.** $p < 0.01$

Tabela 12

Sumário dos resultados da regressão linear para a Felicidade (CHQ) (variável dependente) e a Vulnerabilidade aos Maus-Tratos (H-S/EAST)

Variável independente	R ²	R ² - ajustado	B	DP	Beta	t
Vulnerabilidade aos Maus-Tratos (H-S/EAST)	0.18	0.17	-0.42	0.47	-0.42	-6.20**

Nota.** $p < 0.01$

4.2 Análise de diferenças

H4: Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os três grupos etários definidos (idosos jovens, idosos e idosos velhos).

No que respeita aos resultados sobre a comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), considerando as várias dimensões que constituem a escala CHQ, entre os diferentes grupos etários definidos (cf. Tabela 13), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas várias dimensões da escala CHQ, exceto na dimensão PAS [$F(2,179) = 5.78$; $p = 0.004$]. Deste modo, existindo diferenças estatisticamente significativas, nos níveis médios de Felicidade (CHQ), na dimensão PAS entre os três grupos etários definidos, decidiu-se apurar quais desses grupos contribuem para essas diferenças. Como podemos observar na Tabela 14 apenas existem diferenças estatisticamente significativas, nos níveis médios de Felicidade (CHQ), na dimensão PAS entre os idosos jovens e os idosos [$t(147) = 3.23$; $p = 0.002$].

Tabela 13

Sumário da ANOVA para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas várias dimensões da escala CHQ, entre os três grupos etários definidos (idosos jovens, idosos e idosos velhos)

CHQ	<i>n</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
EP	179	2	0.74	0.48
ISG	179	2	0.55	0.58
A	179	2	0.19	0.83
PAS	179	2	5.78	0.004
ESC	179	2	0.47	0.62

Tabela 14

Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), na dimensão PAS da escala CHQ, entre cada par formado pelos três grupos etários definidos (idosos jovens, idosos e idosos velhos)

CHQ	Grupos etários	<i>n</i>	<i>M(DP)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
PAS	Idosos jovens	78	22.6(4.24)	3.23	147	0.002
	Idosos	71	20.1(5.13)			
	Idosos jovens	78	22.6(4.24)	1.84	107	0.069
	Idosos velhos	31	21.0(3.33)			
	Idosos	71	20.1(5.13)	-1.07	85.3	0.29
	Idosos velhos	31	21.0(3.33)			

Os resultados presentes na Tabela 15 demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os três grupos etários definidos (idosos jovens, idosos e idosos velhos).

Tabela 15

Sumário da ANOVA para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os três grupos etários definidos (idosos jovens, idosos e idosos velhos)

	<i>n</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
CHQ	179	2	1.00	0.37

H5: Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os(as) idosos(as) do sexo feminino e os(as) idosos(as) do sexo masculino

Relativamente à variável género, ao analisarem-se os níveis médios de Felicidade (CHQ) verifica-se que apesar do género masculino apresentar, em média, uma maior pontuação na escala CHQ ($M = 142$; $DP = 13.96$) do que o género feminino ($M = 139$; $DP = 16.97$), estas diferenças não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 16 e Tabela 17).

Tabela 16

Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas várias dimensões da escala CHQ, entre género

CHQ	Género	n	M (DP)	t	df	p
EP	Feminino	107	47.7(6.99)	1.01	178	0.314
	Masculino	73	48.7(6.04)			
ISG	Feminino	107	31.5(4.75)	1.31	178	0.190
	Masculino	73	32.4(3.86)			
A	Feminino	107	25.1(3.59)	0.59	178	0.557
	Masculino	73	25.5(3.72)			
PAS	Feminino	107	21.1(4.61)	0.65	178	0.513
	Masculino	73	21.6(4.61)			
ESC	Feminino	107	13.1(3.33)	0.66	178	0.509
	Masculino	73	13.4(3.57)			

Tabela 17

Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre género

	Género	n	M(DP)	t	df	P
CHQ	Feminino	107	139(16.97)	1.26	178	0.21
	Masculino	73	142(13.96)			

H6: Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários estados civis.

Os resultados obtidos para a comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas várias dimensões da escala CHQ, entre os diferentes estados civis (cf. Tabela 18) indicam que existem diferenças estatisticamente significativas nas várias dimensões da escala CHQ, exceto nas dimensões A [$F(5,179) = 7.90$; $p = 0.000$] e ESC [$F(5,179) = 1.96$; $p = 0.087$].

Os resultados presentes na Tabela 19 indicam que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários estados civis [$F(5,179) = 3.58$; $p = 0.004$].

Visto existirem diferenças estatisticamente significativas e tendo em consideração que a amostra é constituída maioritariamente por idosos casados e por idosos viúvos, procedeu-se à comparação dos níveis médios da Felicidade (CHQ), para as três dimensões em que se verificaram diferenças estatisticamente significativas, entre estes dois grupos. Os resultados estão presentes na Tabela 20. Como podemos observar, existem diferenças

estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas dimensões EP [$t(145) = 2.11$; $p = 0.037$], ISG [$t(145) = 4.15$; $p = 0.000$] e PAS [$t(145) = 2.54$; $p = 0.012$], entre os idosos casados e os idosos viúvos.

Tabela 18

Sumário da ANOVA para comparação de médias das dimensões da Felicidade (CHQ) segundo a variável estado civil

CHQ	<i>n</i>	<i>Df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
EP	179	5	2.46	0.035
ISG	179	5	7.90	0.000
A	179	5	0.98	0.43
PAS	179	5	2.71	0.022
ESC	179	5	1.96	0.087

Tabela 19

Sumário da ANOVA para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários estados civis

	<i>n</i>	<i>Df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
CHQ	179	5	3.58	0.004

Tabela 20

Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas dimensões EP, ISG e PAS da escala CHQ, entre os idosos casados e os idosos viúvos

CHQ	Estado civil	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
EP	Casado	76	49.0(5.83)	2.11	145	0.037
	Viúvo	71	46.7(7.27)			
ISG	Casado	76	33.7(3.29)	4.15	145	0.000
	Viúvo	71	31.1(4.41)			
PAS	Casado	76	22.0(4.46)	2.54	145	0.012
	Viúvo	71	20.1(4.74)			

H7: Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os idosos institucionalizados e os idosos não institucionalizados.

Na Tabela 21 encontram-se os resultados da análise das diferenças estatisticamente significativas dos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas várias dimensões da escala CHQ, entre os idosos institucionalizados e os idosos não institucionalizados. Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para as dimensões EP [$t(178) = 3.04$; $p = 0.003$], ISG [$t(178) = 2.63$; $p = 0.009$], PAS [$t(178) = 3.23$; $p = 0.001$].

Os resultados presentes na Tabela 22 demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os idosos não institucionalizados e os idosos institucionalizados [$t(178) = 3.09$; $p = 0.002$].

Tabela 21

Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas várias dimensões da escala CHQ, entre os idosos institucionalizados e os idosos não institucionalizados.

CHQ	Tipo de residência	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
EP	Não Institucionalizado	135	49.0(6.24)	3.04	178	0.003
	Institucionalizado	45	45.6(7.17)			
ISG	Não Institucionalizado	135	32.3(4.09)	2.63	178	0.009
	Institucionalizado	45	30.4(5.05)			
A	Não Institucionalizado	135	25.2(3.86)	-0.46	178	0.646
	Institucionalizado	45	25.6(2.87)			
PAS	Não Institucionalizado	135	21.9(4.43)	3.23	178	0.001
	Institucionalizado	45	19.4(4.66)			
ESC	Não Institucionalizado	135	13.4(3.24)	1.13	178	0.259
	Institucionalizado	45	12.7(3.92)			

Tabela 22

Sumário do teste T-Student para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os idosos institucionalizados e os idosos não institucionalizados

	Tipo de residência	<i>n</i>	<i>M(DP)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
CHQ	Não Institucionalizado	135	142(14.60)	3.09	178	0.002
	Institucionalizado	45	134(17.90)			

H8: Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários níveis de escolaridade.

Na análise da Tabela 23, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ), em três (dimensões EP, A e PAS) das cinco dimensões da escala CHQ, entre os vários níveis de escolaridade.

Tabela 23

Resultados da ANOVA para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários níveis de escolaridade

<i>CHQ</i>	<i>n</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
EP	173	7	3.16	0.004
ISG	173	7	1.99	0.059
A	173	7	2.45	0.020
PAS	173	7	3.14	0.004
ESC	173	7	0.65	0.71

Os resultados presentes na Tabela 24 demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários níveis de escolaridade [$F(7,173) = 3.80$; $p = 0.001$].

Tabela 24

Resultados da ANOVA para comparação dos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários níveis de escolaridade

	<i>n</i>	<i>Df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
CHQ	173	7	3.80	0.001

5. Discussão

Com o objetivo de responder à questão de investigação “Será que, na amostra em estudo, a variável Saúde influencia a variável Felicidade?”, formulou-se a hipótese H1. Todas as correlações encontradas entre as cinco dimensões da escala CHQ e as nove dimensões da escala SF-36 são positivas (fracas/moderadas), excetuando-se os seguintes dois casos, em que a correlação encontrada é negativa: 1) correlações entre as cinco dimensões que compõem a escala CHQ e a dimensão MS da escala SF-36; 2) correlação entre a dimensão ESC da escala CHQ e as dimensões VT, FS e DE da escala SF-36.

Correlação positiva indica que se uma variável cresce a outra também tem de crescer. Correlação negativa indica que se uma variável cresce a outra tem de descer. Assim, as correlações negativas encontradas entre as cinco dimensões que compõem a escala CHQ e a dimensão MS da escala SF-36, não constituem surpresa. A dimensão MS mede o estado de Saúde atual comparado com o estado de há um ano (quanto pior o estado de Saúde maior a pontuação desta dimensão). Logo era expectável que a dimensão MS se encontrasse negativamente correlacionada com as várias dimensões da escala CHQ. Quanto às correlações negativas (próximas de zero) encontradas entre a dimensão ESC da escala CHQ e as dimensões VT, FS e DE da escala SF-36, justificam-se se tivermos em conta que a dimensão ESC mede a

estrutura socioeconómica e esta, perspectiva-se não correlacionada (ou fracamente correlacionada) com a vitalidade (VT), com a função social (FS) ou com o desempenho emocional (DE). De acordo com a análise realizada, a hipótese H1 não é recusada. Os resultados revelam que existe correlação significativa entre a Felicidade (CHQ) e a Saúde (SF-36), sendo esta contudo de intensidade moderada.) O sentimento de Felicidade é uma variável importante na relação com a autoavaliação da saúde nos idosos, esta é vista como um preditor de Felicidade, sendo uma das principais determinantes da Felicidade (Myers, 2000; Joia, Ruiz & Donalísio, 2007; Borim, Neri, Francisco & Barros, 2014) . Por outro lado, a Felicidade é importante na contribuição para o aumento da longevidade, na proteção a doenças e incapacidade (Giltay, Geleijnse, Zitman, & Hoestra, 2001; Veenhoven, 2008; Sadle, Miller, Christsen, McGue, 2011; Kubzansk, Sparrow, Vokonas, & Kawachi, 2001; Collins, Goldman, & Rodriguez, 2008). Contudo, os resultados obtidos evidenciam que a influência da Saúde na Felicidade na Terceira Idade não é muito forte.

A hipótese H2 foi formulada para responder à questão de investigação “Será que, na amostra em estudo, a variável Bem-Estar Subjetivo influencia a variável Felicidade?”. As correlações positivas encontradas entre as cinco dimensões da escala CHQ e a escala de AP do instrumento PANAS-VRP eram claramente expectáveis uma vez que a escala de AP mede os afetos positivos relacionados com o Bem-estar Subjetivo. De igual modo, as correlações negativas entre as cinco dimensões da escala CHQ e a escala de AN do instrumento PANAS-VRP, justifica-se pelo facto da escala de AN medir afetos negativos referentes ao Bem-estar Subjetivo. Todas as correlações entre as várias dimensões da escala CHQ e a escala de AP são significativas, destacando-se as correlações de intensidade forte entre as dimensões EP e PAS da escala CHQ com a escala de AP. Cerca de 1/4 das variações da dimensão EP podem ser explicadas pelas variações da escala de AP e 1/3 das variações da dimensão PAS podem ser explicadas pelas variações da escala de AP. A escala de AP pode explicar cerca de 1/3 das variações da escala CHQ. Como resultado da análise efetuada, não se recusa a hipótese H2. Os resultados indicam a existência de correlação significativa entre a Felicidade (CHQ) e o Bem-Estar Subjetivo (PANAS-VRP), sendo que a correlação entre a Felicidade (CHQ) e a escala de AP (afetos positivos) é forte. Averigua-se que 34% das variações da escala CHQ podem ser explicadas pelas variações da escala de AP do instrumento PANAS-VRP. Existem na literatura estudos que dizem que o conceito de Felicidade está relacionado com o conceito de Bem-Estar Subjetivo, todavia são conceitos desvinculados mas bastante correlacionados (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). O Bem-Estar Subjetivo está ligado aos afetos positivos, por isso Idosos com níveis mais altos de afetos positivos tendem a utilizar estratégias de enfrentamento construtivas quando confrontados com desafios inerentes à idade avançada (Dezutter, Wiesmann, Apers, & Luyckx, 2013). Os resultados do presente estudo, corroboram a correlação significativa positiva entre a Felicidade e o Bem-Estar Subjetivo.

A hipótese H3 foi formulada com base na seguinte questão de investigação: “Será que, na amostra em estudo, a variável Vulnerabilidade aos Maus-Tratos influencia a variável Felicidade?” No teste desta hipótese verificou-se que, à exceção das correlações entre a dimensão A da escala CHQ e a dimensão VDP da escala H-S/EAST e entre a dimensão ESC da escala CHQ e a dimensão CDV da escala H-S/EAST (sendo negativas, mas não significativas), todas as restantes correlações entre as várias dimensões da escala CHQ e as três dimensões da escala H-S/EAST são significativas negativas. Salientando-se a correlação forte entre a dimensão ISG da escala CHQ e a dimensão VDP da escala H-S/EAST. Verificou-se que 14.8% das variações das iterações sociais gratificantes (dimensão ISG da escala CHQ) podem ser explicadas pelas variações da violação dos direitos pessoais (dimensão VDP da escala H-S/EAST). Os resultados demonstraram a existência de correlação significativa negativa entre a Felicidade (CHQ) e a Vulnerabilidade aos Maus-Tratos (H-S/EAST), sendo esta forte. Logo a hipótese H3 não é recusada. Verificou-se que 17.8% das variações da escala CHQ podem ser explicadas pelas variações da escala H-S/EAST, sendo que um ponto a mais na escala H-S/EAST corresponde a um decréscimo de 0.422 pontos na escala CHQ. Poucos são os estudos que estudam a influência da Vulnerabilidade aos Maus-Tratos na Felicidade na Terceira Idade. Ao demonstrar-se empiricamente que existe uma correlação significativa negativa entre a Felicidade e a Vulnerabilidade aos Maus-Tratos, contribui-se de modo original para a literatura existente.

Para responder à questão de investigação “Como diferem os níveis médios de felicidade entre idosos jovens, idosos e idosos velhos?”, formulou-se a hipótese H4. Os resultados indicaram a ausência de diferenças estatisticamente significativas dos níveis médios de Felicidade (CHQ), em quatro das cinco dimensões da escala CHQ, entre os diferentes grupos etários considerados. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas dos níveis médios de Felicidade (CHQ), na dimensão PAS (ou seja, na participação em atividades com significado), entre os três grupos etários definidos. Realizou-se uma análise mais profunda e através desta pode-se dizer que estas diferenças estatisticamente significativas verificam-se entre os idosos jovens e os idosos, e entre os idosos jovens e os idosos velhos. Uma possível justificação poderá ser que os idosos jovens tenham uma maior apetência para a participação em atividades. A hipótese H4 é recusada. Os resultados indicam que os idosos jovens são, em média, mais felizes do que os idosos e do que os idosos velhos (o que está de acordo com Lima, Barros & Alves, 2012), contudo essas diferenças não são estatisticamente significativas. Estes resultados estão em linha com estudos que revelam que a idade não influencia a Felicidade (Cooper *et al.*, 2011).

Com o objetivo de responder à seguinte questão de investigação “Como diferem os níveis médios de Felicidade entre idosos do género feminino e idosos do género masculino?”, formulou-se a hipótese H5. Os resultados indicaram que apesar de, em média, os idosos do género masculino serem mais felizes do que os idosos do género feminino, não existem

diferenças estatisticamente significativas nos níveis de Felicidade (CHQ) entre géneros. Estes resultados estão de acordo com estudo realizado por Watson (2000), em que o autor verificou que o género não afeta, de modo significativo, a Felicidade.

Com vista a responder à questão de investigação “Como diferem os níveis médios de Felicidade entre os vários estados civis dos idosos”, formulou-se a hipótese H6. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ), em três das cinco dimensões da escala CHQ, entre os diferentes estados civis. Em média os idosos casados apresentam uma pontuação superior nas cinco dimensões da escala CHQ comparativamente com os idosos viúvos (conclusão semelhante foi encontrada por Lima, Barros & Alves, 2012), sendo que nas dimensões EP (emoções positivas), ISG (iterações sociais gratificantes) e PAS (participação em atividades com significado) essas diferenças são estatisticamente significativas. Estudos realizados demonstram que a Felicidade é influenciada pela situação conjugal (Joia, Ruiz, & Donalizio, 2007; Portero, 2007; Tuntichaivanit, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, & Charupoonphol, 2009; Rodrigues & Silva, 2010). A hipótese H6 não é recusada. Os resultados demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários estados civis.

A questão “Como diferem os níveis médios de Felicidade entre os idosos não institucionalizados e os idosos institucionalizados?” formulou-se de modo a dar resposta à hipótese H6. Os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ), nas dimensões EP (emoções positivas), ISG (iterações sociais gratificantes) e PAS (participação em atividades com significado), entre os idosos não institucionalizados e os idosos institucionalizados. Em média os idosos não institucionalizados apresentam níveis de Felicidade (CHQ) superiores comparativamente com os idosos institucionalizados, sendo essas diferenças estatisticamente significativas. A hipótese H7 não é recusada. Uma possível justificação para as diferenças existentes entre os níveis médios de Felicidade nas dimensões referidas, entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados poderá estar relacionado com o facto de a institucionalização envolver alterações nas rotinas dos idosos e no seu meio social.

Por último, de forma a responder à questão “Como diferem os níveis médios de Felicidade entre os vários níveis de escolaridade?”, foi formulada a hipótese H8. A hipótese H8 não é recusada. Os resultados indicaram que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de Felicidade (CHQ) entre os vários níveis de escolaridade. Lima, Barros e Alves (2012) observaram que a maiores níveis de escolaridade correspondem maiores níveis médios de Felicidade. Os resultados do presente estudo, sugerem que não podemos generalizar e afirmar que a um maior nível de escolaridade corresponde um maior nível de Felicidade (c.f. Figura 1).

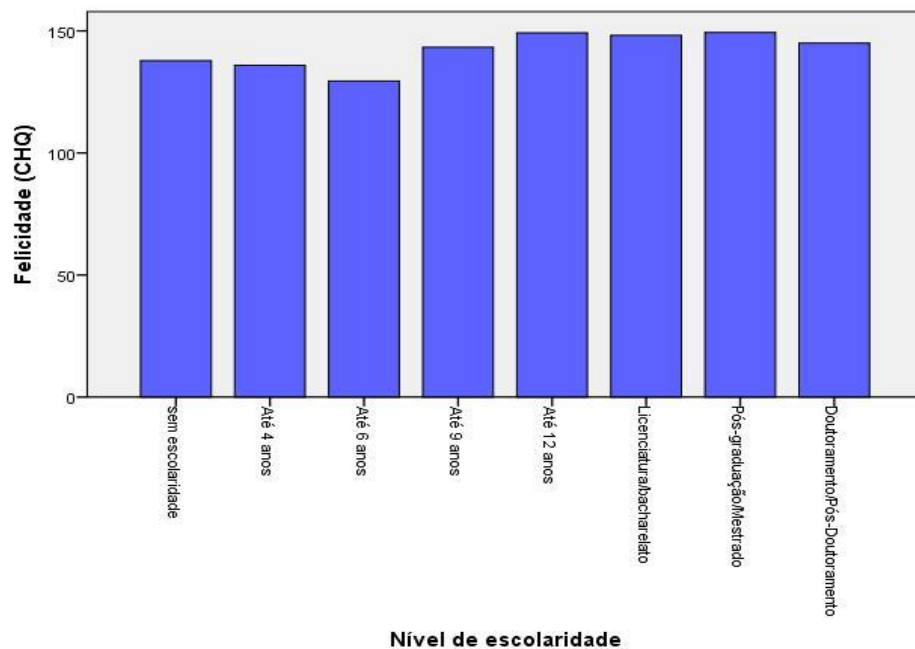


Figura 1. Gráfico de Barras relativo aos níveis médios de Felicidade (CHQ) e aos vários níveis de escolaridade

Capítulo III. Discussão geral

Com o presente estudo contribuiu-se para o domínio da Psicologia Clínica e da Saúde de duas formas. Em primeiro lugar, existindo inúmeros estudos em que se considera a Felicidade do ponto de vista global, ao se considerar as várias dimensões específicas da Felicidade contribui-se para a escassa literatura que o faz. Em segundo lugar, analisando a Felicidade na terceira idade e qual a influência da Saúde, do Bem-Estar Subjetivo e da Vulnerabilidade aos Maus-Tratos nessa mesma Felicidade, contribui-se para a escassa literatura que estuda diretamente a Felicidade na Terceira Idade.

Os resultados indicaram que tanto a Saúde, como o Bem-Estar Subjetivo e como a Vulnerabilidade aos Maus-Tratos influenciam a Felicidade. Contudo a mais forte influência é realizada pelo Bem-Estar Subjetivo e pela Vulnerabilidade aos Maus-Tratos. O estudo efetuado sugere que a Saúde tem uma não muito forte influência na Felicidade. O presente estudo demonstra que as várias dimensões da Felicidade não são afetadas de modo uniforme.

Constatou-se que a Felicidade na Terceira Idade é pouco afetada pelo avançar da idade. Contudo esse avançar da idade assume um papel de relevo em uma das dimensões específicas da Felicidade (os idosos jovens apresentam uma maior apetência para participarem em atividades com significado, comparativamente com os idosos e os idosos velhos).

O presente estudo sugere a inexistência de diferenças nos níveis médios de Felicidade na terceira idade entre géneros.

Em linha com estudos já existentes, verificou-se que os idosos casados são, em média, mais felizes do que os idosos viúvos. Com o presente estudo, averiguaram-se quais as dimensões específicas da Felicidade onde essa diferença assume maior preponderância.

O estudo efetuado evidencia que os idosos não institucionalizados são, em média, mais felizes do que os idosos institucionalizados. Essas diferenças assumem uma maior relevância em algumas dimensões específicas da Felicidade.

Por último, com o presente estudo constata-se que o nível de escolaridade influencia a Felicidade e as suas várias dimensões, todavia não foi encontrado nenhum padrão nessa influência.

Espera-se que com o estudo realizado se tenha contribuído para uma mais ampla compreensão da Felicidade na Terceira Idade. Como trabalho futuro pretende-se averiguar a influência de outras variáveis (para além da Saúde, do Bem-Estar Subjetivo e da Vulnerabilidade aos Maus-Tratos) nas várias dimensões específicas da Felicidade.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, A., & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-estar Subjetivo. *Psicologia:Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- APAV. (2013). Estatísticas APAV Pessoas Idosas vítimas de crime e de violência [2000-2012]. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- Balnaves, M., & Caputi, P. (2001). *Introduction to Quantitative Research Methods:An Investigative Approach*. Londres: SAGE publications.
- Barros-Oliveira, J. (2010). Felicidade, optimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. *Psychologica*, 1, 123-148.
- Baxer, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559.
- Borim, F., Neri, A., Francisco, P., & Barros, M. (2014). Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. *Revista Saúde Pública*, 48(5), 714-722.
- Burke, K., Scnittger, R., O´Dea, B., Buckley, V., Wherton, J., & Lawlor, B. (2012). Factors associated with perceived health in older adult Irish population. *Aging & Mental Health*, 16(3), 288-295.
- Cachioni, M. (2012). Universidade da Terceira Idade: história e pesquisa. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(7), 1-8.
- Chen, K., Hung, H., Lin, H., Haung, H., & Yang, Y. (2011). Development of the model of health for older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 2015-2025.
- Ciconelli, R., Ferraz, M., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira Reumatol*, 39(3), 143-150.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.
- Collins, A., Goldman, N., & Rodriguez, G. (2008). Is positive well-being protective of mobility limitations. *J Gerontol B Psychol Soc Sci*, 63, 321-327.
- Cooper, C., Bebbington, P., King, M., Jenkins, R., Farrell, M., Brugha, T., McManus, S., Livingston, G. (2011). Happiness across age groups: results from the 2007 National Psychiatric Morbidity Survey. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 26, 608-614.

- Costa, I., Pimenta, A., Brigas, D., Santos, L., & Almeida, S. (2009). Maus tratos nos idosos. Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 537-542.
- Dezutter, J., Wiesmann, U., Apers, S., & Luyckx, K. (2013). Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: a closer look at the role of integrity and despair. *Aging Ment Health*, 17(7), 839-843.
- Dias, I. (2004). A violência sobre mulheres e os idosos. *Psychologica*, 36, 33-61.
- Dias, M. (2009). *Os maus-tratos aos idosos: abordagem conceptual e intervenção social*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.
- Diener, E. (2006). Guidelines for National Indicators of Subjective. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 151-157.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245-277.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrialized society*. Princeton: University Press.
- INE (2011). Censos 2011 - resultados provisórios. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Institute of Medicine (2011). *Leading health indicators for healthy people 2020*. Washington DC: The National Academies Press.
- Faleiros, V., & Brito, D. (2007). Representações da violência intrafamiliar por idosas e idosos. *Rev Serv Social*, 21, 105-42.
- Fernández-Alonso, M., & Herrero- Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano: posibilidades de intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 37(1), 56-59.
- Ferraz, R., Tavares, H., & Zilberman, M. (2007). Felicidade: uma revisão. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 34(5), 234-242.

- Ferreira, L. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I -Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, L., Ferreira, L., & Pereira, N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171.
- Forstmeier, S., & Maercker, A. (2008). Motivational Reserve: Lifetime Motivational Abilities Contribute to Cognitive and Emotional Health in Old Age. *Psychology and Aging*, 23, 886-899.
- Freire, S.(2000). Envelhecimento bem sucedido e bem-estar psicológico. In A. Neri, & S. Freire, *E por falar em boa velhice*. São Paulo: Papyrus.
- Freitas, A. L., & Rodrigues, S. D. (2005). A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. *XII SIMPEP-Bauru*, 1-12.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Galinha, I., Pereira, C., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo - PANAS-VRP:Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista Psicologia*, 28(1), 53-65.
- George, L. (1981). Subjective Well Being. Conceptual and Methodological Issues. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 2, 345-382.
- George, L. (2010). Still Happy After All These Years: Research Frontiers on Subjective Well-Being in Later Life. *Journal of Gerontology:Social Sciences*, 3, 331-339.
- Giltay, E., Geleijnse, J., Zitman, F., & Hoestra, T. (2001). Dispositional optimism and allcause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly dutch men and women. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 1126-1135.
- Gonçalves, C., & Carrilho, M. J. (2008). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, 40(2), 21-37.
- Guedea, M. A., Albuquerque, F. J., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A., Seabra, M. A., & Guedea, R. L. (2006). Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308.
- Horley, J. (1984). Life Satisfaction, Happiness and Morale: Two problems with the use of Subjective Well being indicators. *The Gerontologist*, 24(2), 124-127.

- Hwalek, M., & Sengstock, M. (1986). Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. *Journal of Applied Gerontology*, 5, 153-173.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrialized society*. Princeton: University Press.
- Joia, L., Ruiz, T., & Donalisio, M. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de saúde Pública*, 41(1), 131-138.
- Kubzansk, L., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 63, 910-916.
- Lachs, M., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet*, 364(9441), 1263-72.
- Levine, J. (2003). Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. *Geriatrics*, 58(10), 37-44.
- Lima, M., Barros, M., & Alves, M. (2012). Sentimento de felicidade em idosos: uma abordagem epidemiológica, ISA-Camp. *Cad. Saúde Pública*, 28(12), 2280-2292.
- Llobet, M., Ávila, N., Farrás, J., & Canut, M. (2011). Quality of life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 467-475.
- Luz, M., & Amatuzzi. (2008). Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estudos de psicologia*, 25(2), 303-307.
- Maia, L., Durante, A., & Ramos, L. (2004). Prevalence of mental disorders in an urban area in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 1-6.
- McCullough, G., Heubner, E., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37, 281-291.
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E., & Wahl, J. (2012). Institutional Abuse of Older Adults: What We Know, What We Need to Know. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 138-160.
- Moraes, J., & Souza, V. (2005). Factores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente activos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 302-308.

- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Neale, A., Hwalek, M., Scott, R., Sengstock, M., & Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 406-418.
- Nobre, S., Reis, S., Castro, F., & Esteves, M. (2013). Felicidade: Amor e Arte. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 421-430.
- OMS (2009). Declarações do Dia Mundial da Saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Pereira, H., Monteiro, S., Esgalhado, G., Afonso, R., & Loureiro, M. (2014). Measuring Happiness in Portuguese Adults: Validation of the CHQ-Covilha Happiness Questionnaire. *Journal Psychology & Psychotherapy*, 5, 1-7.
- Pillemer, K., & Suitor, J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *The Journal Of Gerontology*, 47, 165-172.
- Portero, C. (2007). Social support, psychological well-being and health among the elderly. *Educational Gerontology*, 33, 10153-1068.
- Ranzjn, R., & Luszcz, M. (2000). Measurement of subjective quality of life of elders. *International Journal of Aging And Human Development*, 50, 263-278.
- Reichenheim, M., Paixão, C., & Moraes, C. (2008). Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identifi car risco de violência contra o idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(8), 1801-1813.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the Indicators of Abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38 (4), 471-480.
- Rodrigues, A., & Silva, J. (2010). O papel das características sociodemográficas na felicidade. *Psico USF*, 15, 113-123.
- Rovi, S., Chen, P., Vega, M., Johnson, M., & Mouton, C. (2009). Mapping the elder mistreatment iceberg: U.S. hospitalizations with elder abuse and neglect diagnoses. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(4), 346-359.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Sucessful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

- Sadle, M., Miller, C., Christsen, K., & McGue, M. (2011). Subjective wellbeing and longevity: a co-twin control study. *Twin Res Hum Genet*, 14, 249-256.
- Sagiv, L., & Schwartz, S. (2000). Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30, 177-198.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20), 505-516.
- Shugarman, L., Fries, E., Wolf, R., & Morris, J. (2003). Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices. *Journal of The American Geriatrics Society*, 51, 24.31.
- Silva, L. (2008a). Third age: new identity, reformulation of the old age or generational experience? *Physis: Revista de Saúde Colectiva*, 18(4), 801-815.
- Silva, L. (2008b). From old age to third age: the historical course of the identities linked to the process of ageing. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 15(1), 155-168.
- Spiriduso. (1995). O idoso e a actividade física. *Revista Horizonte*, 21, 124.
- Stark, S. (2012). Elder abuse: Screening, intervention and prevention. *Nursing*, 42, 24-29.
- Strawbridge, W., Wallhagen, M., & Cohen, R. (2002). Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn.. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733.
- Sun, X., Lucas, H., Meng, Q., & Zhang, Y. (2011). Associations between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: a study from China. *Quality of Life Research*, 20, 359-369.
- Tuntichaivanit, C., Nanthamongkolchai, S., Munsawaengsub, C., & Charupoonphol, P. (2009). Life happiness of the elderly in Rayong Province. *Journal Public Health*, 39, 34-47.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Bras Epidemiol*, 8(3), 246-252.
- Veenhoven, R. (1992). Questions on happiness. In R. Veenhoven, *Happiness in nations. Studies in socio-cultural transformation* (pp. 28-42). Rotterdam: Erasmus University.
- Veenhoven, R. (2008). Health happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive care. *Journal Happiness Study*, 9, 449-469.
- Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. New York: The Guilford Press.

WHO (2002). *Active Ageing - A Policy Framework*. *World Health Organization*. *Active Ageing A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, 4. Madrid: World Health Organization.

WHO (2013). *Mental health and older adults*. *Fact sheet N° 381*. Acedido em fevereiro de 2015 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/#>.

Anexos

Anexo A

Revisão da Literatura

“Não mudamos com a idade na estrutura do que somos.

Apenas, como na música somo-lo noutro tom”

Vergílio Ferreira

1. Envelhecimento positivo

O envelhecimento da população é apontado como um fenómeno demográfico da sociedade atual e como um dos maiores êxitos da humanidade e desafios em termos socioculturais, políticos e económicos (Luppa, Luck, König, Angermeyer, & Heller, 2012). Nunca antes as pessoas conseguiram alcançar idades tão avançadas.

O fenómeno do envelhecimento é visto como um processo bastante complexo, irreversível e multifactorial (Schneider & Irigaray, 2008), que atinge os indivíduos na plenitude da sua existência. É um processo insidioso que varia na forma e intensidade de indivíduo para indivíduo (Mazzeo; citado por Faria & Marinho, 2003) sendo visto como um período de bastantes mudanças (biológicas, psicológicas e sociais) e acompanhado de alterações a nível de saúde, do estado civil (viuvez), mudanças de residência, situações de institucionalização, etc.

Sabe-se que são inúmeras as alterações que o envelhecimento implica, contudo também se sabe que atualmente é possível ultrapassar tais mudanças, permanecendo ativo e em boas condições de vida, que no tempo dos nossos pais e avôs não existiam. Tal situação deve-se à evolução da medicina, a melhorias socioeconómicas e aos estilos de vida saudáveis. Por isso, hoje afirma-se que é possível envelhecer de forma saudável, com êxito e de forma positiva (Mosquera & Stobaus, 2012).

Envelhecer ativamente com bem-estar e alta qualidade de vida é um dos mais importantes temas para a nossa sociedade, para a Gerontologia e Psicologia (Fernández-Ballesteros, 2009).

Nos anos 90 surge um crescimento da chamada Psicologia Positiva, quando o envelhecimento se converte num tema multidimensional, em que passa a não ser somente um processo biológico, mas também um processo interativo, determinado por um conjunto de fatores biológicos, sociais, psicológicos e ecológicos. O envelhecimento e a longevidade passam a não ser contemplados como um problema, mas como uma oportunidade para viver mais e adotar uma postura positiva. Potencialidades essas que podem ser desenvolvidas também nesta fase da vida (Mosquera & Stobaus, 2012)

Uma postura positiva em relação ao envelhecimento tornou-se extremamente importante nos últimos anos, sobretudo a partir de 1998, transformando-se num tema muito relevante para a pesquisa psicológica (Mosquera & Stobaus, 2012).

Na área da Psicologia do Envelhecimento existe uma teoria muito associada ao envelhecimento positivo ou bem-sucedido, a teoria de Baltes e Baltes (1990). Esta preconiza a ideia de que população idosa tem a capacidade de utilizar mecanismos de compensação e regulação das perdas provenientes do envelhecimento, e através disso conseguir alcançar um envelhecimento positivo. Segundo Baltes e Baltes (1990) o envelhecimento envolve a maximização dos ganhos e a minimização das perdas (Baltes, Staudinger, & Lindenberger, 1999). É denominada de Teoria de SOC e está centrada em três processos: seleção, otimização e compensação. A seleção diz respeito aos objetivos/preferências que inclui evitar, reduzir ou restringir o número de atividades, bem como reorganizar objetivos pessoais com vista a focalizar aquelas áreas que são importantes ou salientes na vida quotidiana. Engloba a especificação de objetivos, sistema de metas, objetivos de compromisso, seleção baseada na perda, procura de novas metas e adaptação de padrões. A otimização corresponde à adoção de alternativas para manter o funcionamento, que permitam minimizar as perdas e otimizar os ganhos. Isto é, quando as capacidades ou competências específicas são perdidas ou diminuídas, surge a necessidade de usar meios alternativos para alcançar os mesmos objetivos, adquirir novas competências ou recorrer a suporte técnico (e.g., utilização do aparelho auditivo). Por fim, a compensação refere-se ao enriquecimento e aumento das reservas ou recursos, aperfeiçoando o funcionamento em áreas específicas da vida (Baltes & Castensen; citado por Ribeiro, Ferreira, & Lima, 2012).

Ao sabermos que é possível envelhecer de forma positiva, torna-se fundamental perceber quais as condições que propiciam esse envelhecimento positivo, uma boa qualidade de vida, o alcance do bem-estar e da Felicidade dos nossos idosos.

2. A Psicologia Positiva e o envelhecimento

Embora o envelhecimento apresente uma importância em termos demográficos, sociais e económicos, o estudo das características psicológicas do envelhecimento não tem enfatizado aspetos associados com as experiências individuais e únicas do processo de envelhecimento. O estudo direcionado para as questões do envelhecimento, à semelhança da investigação em geral centrou-se, durante muitos anos, no estudo da patologia, ou seja, nas perdas e nos declínios a ele associados. Nos últimos anos, resultado das abordagens relativamente recentes na psicologia tem-se observado um progressivo aumento sobre os temas referentes às qualidades humanas e ao funcionamento ótimo. Com o surgimento da Psicologia Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), teóricos e investigadores, estimulados pela carência de alargar o foco da psicologia para além da patologia e do défice, começaram a desenvolver estudos no âmbito as qualidades positivas dos sujeitos e das sociedades.

A Psicologia Positiva é definida como estudo científico das experiências positivas, dos traços positivos do ser humano que permitem a experiência e a manifestação destes traços positivos e das características pessoais positivas (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005).

Para Csikszentmihalyi e Csikszentmihalyi (2006) nestes últimos anos, a emergência da Psicologia Positiva, como uma alternativa tão “forte e vital”, ocorre pelo facto de diversos psicólogos ao seguirem o paradigma tradicional sentirem estar a perder a essência desta “grande história” que é uma vida “que merece ser bem vivida”. Instigados por esta alteração de perspectiva, diversos investigadores iniciaram estudos de forma mais aprofundada sobre temas relacionados com as experiências positivas e com o funcionamento ótimo, designadamente: as forças humanas (Carver & Scheier, 2003); a Felicidade (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005); a sabedoria (Baltes & Kunzmann, 2003), entre muitos outros. Desta forma vários autores têm defendido a importância e o interesse em aplicar o estudo destas temáticas ao envelhecimento (Ranzijn, 2002; Carver & Scheider, 2003; Diener, Scollon, & Lucas, 2003).

De acordo com Ranzijn (2002) existem três razões essenciais para as vantagens da aplicação da Psicologia Positiva ao estudo do envelhecimento: 1) os escassos trabalhos efetuados como forma de identificar potenciais áreas de crescimento, numa faixa etária normalmente relacionada com as “perdas e declínios”; 2) os benefícios da Psicologia Positiva na melhoria da saúde mental e física (diminuição da dependência e dos custos da prestação de cuidados de saúde aos mais velhos); 3) a crescente necessidade de formação de profissionais da psicologia e da saúde neste âmbito, em proveito do também crescente número de pacientes de idade avançada. Este autor, considera que a evidência científica atual “demonstra que o envelhecimento positivo não é uma fantasia desejável mas uma representação muito mais verdadeira da realidade do envelhecimento, do que a visão popular do envelhecimento como um período de declínio” (p.80).

Este novo paradigma vem mostrar a necessidade de estudar mais visceralmente os aspetos positivos relacionados com o envelhecimento, de modo a alcançar pontos de vista mais realistas e alargados, bem como para diminuir algumas das representações negativas sobre o envelhecimento e as consequências que estas visões têm nos idosos e nas sociedades (Fernández-Ballesteros & Pinquart, 2010).

A literatura evidencia que há ainda vários aspetos associados à Terceira Idade que não estão suficientemente estudados. De facto, há determinados estudos que reconhecem ganhos associados à Terceira Idade, propondo que uma das potencialidades dos indivíduos mais velhos consista numa maior capacidade de regulação emocional, que os leva um maior bem-estar, a menos experiências emocionais negativas e a uma melhor aceitação da vida (Gross, Carstensen, Pasupathi, Tsai, Gottestam, & Hsu, 1997; Strongman & Overton, 1999; Mather & Carstensen, 2005; Carstensen, Turan, Scheie, Ram, Ersner-Hershfield, & Samanez-Larkin 2011).

Urry e Gross (2011), numa revisão teórica sobre a regulação emocional na Terceira Idade, questionam porque é que, apesar do conjunto de perdas cognitivas, físicas e sociais relacionadas com esta fase da vida, os idosos revelam bem-estar, níveis mais elevados de afeto positivo e mais baixos de afetos negativos que os sujeitos mais jovens. Os autores esclarecem esta tendência encontrada na literatura científica, pela capacidade aperfeiçoada

dos mais velhos em regular as suas emoções. Esta capacidade está associada a uma melhor capacidade dos idosos em selecionar os seus contextos sociais, preferirem redes sociais mais curtas, mas mais próximas e terem menor tendência para conflito; por terem tendência para dirigirem sua atenção de forma seletiva para informações positivas ao invés das negativas; e, embora recorram menos a estratégias de reavaliação cognitiva, em relação aos mais jovens, na redução das emoções negativas, são mais eficientes na utilização dessas mesmas estratégias. Ao basearem-se no modelo de seleção, otimização e compensação de Baltes e Baltes (1990), estes autores consideram que os idosos alcançam níveis mais elevados de bem-estar selecionando e otimizando processos particulares de regulação emocional, para compensarem as mudanças nos seus recursos internos e externos (Urry & Gross, 2011).

Em termos de intervenção, a Psicologia Positiva preconiza que tratar “não é apenas arranjar o que está danificado; é também fomentar o que temos de melhor”. Desta maneira, aumentam-se as forças, em vez de se corrigirem fraquezas, sendo este um dos principais objetivos da Psicologia Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

3. Felicidade

3.1. Histórico e definição

A Felicidade tem sido alvo de interesse na área da Psicologia Positiva. Desde muito cedo que se têm realizado várias tentativas para descrever o conceito de Felicidade. Mas a definição da mesma é de extrema complexidade, dada a sua carga subjetiva.

O estudo científico sobre a Felicidade principiou no século XX. Todavia, importa referir que até ao começo da filosofia socrática, a Felicidade era vista como dependente dos desígnios dos deuses. Esta conceção religiosa da Felicidade prevaleceu durante séculos e em diversas culturas (Ferraz, Tavares, & Zilberman, 2007). Um dos mais antigos pensadores deste tema foi o filósofo pré-Socrático Demócrito, que dizia que a Felicidade envolvia uma vida feliz, que dá prazer, não pelo que a pessoa detinha mas sim pelo modo como esta lidava com as situações da vida. Esta ideia foi posta de lado quando Sócrates, Platão e Aristóteles afirmaram que a Felicidade compreendia a posse de uma enorme quantidade de bens. Aristóteles dizia que a Felicidade era a realização completa da capacidade pessoal, não considerando o prazer como o aspeto central na definição. Em oposição, Aristippus, defendia que era o conjunto de diversos prazeres momentâneos, em que o objetivo da vida era a procura do prazer, adequando as situações a si próprio (Diener, Scollon, & Lucas, 2003).

Fordyce (1983) foi um dos primeiros autores a fazer intervenção para promover a Felicidade. Definindo-a como uma sensação emocional de bem-estar, que apresenta muitas designações (contentamento, completude, autossatisfação, alegria, paz de espírito, etc.).

Veenhoven (1997) veio defender que a Felicidade corresponde ao grau em que o indivíduo apreça a sua qualidade de vida de um modo positivo, isto é, o quanto ele aprecia a vida que leva.

Diener, Scollon e Lucas (2003) consideram a Felicidade como um componente decisivo da boa vida, uma completa satisfação ou uma preponderância de sentimentos positivos sobre sentimentos negativos.

Veenhoven (2010) considera a Felicidade como um estado de espírito subjetivo, definido como uma avaliação global da vida como um todo. Este autor discutia a universalidade da Felicidade e considerava que existe uma notável similaridade transversal em todas as culturas.

Esta revisão histórica e concetual evidencia que a Felicidade tem sido abordada em diversos aspetos, configurando pontos de vista teóricos que se complementam. Definições propostas apresentam algo em comum, pois envolvem um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e prazer. A felicidade é pois um conceito subjetivo, estando subordinado ao ponto de vista de cada indivíduo.

4. Maus-tratos na Terceira idade

Os maus-tratos e a negligência às pessoas idosas estão a afirmar-se como um dos problemas de saúde pública que sofrerão um aumento previsível nas próximas décadas (Ferreira-Alves, 2005). Todavia, esta problemática não é vista como uma realidade nova e apenas emergente em certas sociedades (Alberto, 2004). Até metade do século XX, os maus-tratos nos idosos eram vistos como um assunto familiar, reservado e oculto. De acordo com a literatura médica, o reconhecimento público dos maus-tratos a idosos tornou-se como problema médico e social nos últimos 30 anos (Swagerty, Takahashi & Evans, 1999; Levine, 2003).

Os maus-tratos na Terceira Idade, bem como outros tipos de violência, são um fenómeno bastante complexo, que pode ter na sua base distintos fatores. Cada situação de maus-tratos tem na sua base uma combinação de fatores psicológicos, sociais e económicos que prejudicam as relações interpessoais e intrafamiliares (Jones, Holstege & Holstege, 1997).

Os maus-tratos a pessoas idosas constituem uma categoria particular de violência doméstica, por isso devem ser alvo de atenção especial, não somente pelas características particulares desta etapa da vida, mas também pela maneira como a própria sociedade se relaciona com a faixa etária dos idosos. Se por um lado a deterioração das capacidades fisiológicas e neurológicas da pessoa idosa a torna mais vulnerável à prática de abusos, por outro lado, o seu estatuto por vezes apresenta-se desvalorizado na nossa sociedade, o que pode contribuir para um incremento do risco de serem vítimas de violência (Wolf & Pillemer; citado por Dias, 2004).

As publicações sobre maus-tratos na Terceira Idade mostram-se ainda incipientes em Portugal. A violência contra a criança, o adolescente e a mulher são temas mais frequentemente investigados, não menos importantes de combater. Estudos realizados em diversas culturas e comparativos entre países têm demonstrado que indivíduos de qualquer

estatuto socioeconômico, etnia ou religião são vulneráveis aos maus-tratos (Krueger & Patterson; Minayo; citado por Gonçalves, 2006).

O estudo dos maus-tratos a pessoas idosas envolve dificuldades, porque esta problemática é muitas vezes oculta na nossa sociedade, frequentemente efetuada contra pessoas vulneráveis, muitas delas com diminuição da memória e estado de consciência, que apresentam relações de dependência com o agressor (Selwood, Cooper, & Livingston, 2007).

4.1. Definição e tipologia

De acordo com a *American Medical Association*, maus-tratos são qualquer ato de comissão ou omissão que resultam em lesão ou ameaça de lesão à saúde e bem-estar de uma pessoa idosa (Swagerty, Takahashi, & Evans, 1999). Os maus-tratos consistem, assim, numa problemática que afeta de forma negativa a vida ou as condições de vida dos idosos.

Na literatura especializada os maus-tratos podem ser classificados de diversas formas. A National Research Council (XinQi Dong & Simon, 2014) classifica os maus-tratos quanto ao tipo e natureza do mesmo. Os maus-tratos podem ser intencionais (ações intencionais que causam dano ou proporcionam sérios riscos de dano, em idosos vulneráveis, por parte de um cuidador ou outra pessoa que mantém uma relação próxima com o mesmo) ou não intencionais (falha ou fracasso por parte do cuidador em satisfazer as necessidades do idoso ou proteger o mesmo de algum dano). Quanto à natureza os maus-tratos podem ser de natureza física (uso de força física que pode resultar em dor ou prejuízo físico, não inclui só bater ou empurrar, mas também um inadequado uso de medicação); de natureza sexual (contato sexual não consensual de qualquer sujeito com um idoso, forçar o idoso a ver atos sexuais ou material pornográfico ou forçar um adulto mais velho a despir-se); de natureza psicológica (uso verbal - intimidação, ridicularização, humilhação, atribuição de culpa; ou não-verbal - isolamento, ignorar o idoso ou comportamento intimidatório); de natureza financeira ou material (uso ilegal ou impróprio dos bens de idosos; negligência (recusa ou fracasso em cumprir obrigações ou deveres para com o idoso) (Wolf, Daichman & Bennett; McGarry & Simpson; citado por Stark, 2012); abandono (a deserção por parte de um sujeito que tinha custódia física de uma pessoa idosa, ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe prestar cuidados) (National Center on Elder Abuse; citado por Ferreira Alves, 2005). Independentemente do tipo ou natureza do abuso, certamente que este resulta em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução da qualidade de vida do idoso.

Todos os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer os sinais e sintomas dos distintos tipos de maus-tratos a idosos, de forma a conseguirem conceber um plano de tratamento efetivo e objetivo adequado aos problemas de cada vítima (Lachs & Pillemer, 2004).

Referências bibliográficas

- Alberto, I. (2004). Velhos são...mas lêem romances de amor! Reflexões em torno do maltrato do idoso. *Psychologica*, 36, 63-73.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes, *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P., Staudinger, U., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Baltes, P. B., & Kunzmann, U. (2003). Wisdom: The peak of human excellence in the orchestration of mind and virtue. *The Psychologist*, 16, 131-133.
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheie, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., & Samanez-Larkin, G. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21-33.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2003). Three human strengths. In L. G. Aspinwall, & Staudinger, *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 87-102). Washington D.C: American Psychological Association.
- Dias, I. (2004). A violência sobre mulheres e os idosos. *Psychologica*, 36, 33-61.
- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.
- Duckworth, A., Steen, T., & Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Faria, L., & Marinho, C. (2003). Perspetivas sobre o envelhecimento: atividade física e promoção do bem-estar físico e psicossocial de idosos. *Revista de Psiquiatria*, 24(3), 51-69.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicogerontología. Perspectivas europeas*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., & Pinguat, M. (2010). Applied geropsychology. In P. Martin, F. Cheung, M. Kyrios, L. Littlefield, M. K. Knowles, J. M. Prieto, & J. B. Overmier,

- Handbook of applied psychology* (pp. 411-439). London: Wiley-Blackwell-Andrew McAleer.
- Ferraz, R., Tavares, H., & Zilberman, M. (2007). Felicidade: uma revisão. *Revista Psiquiátrica Clínica, 34(5)*, 234-242.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Abuso e negligência de pessoas idosas -Contributos para uma visão forense dos maus-tratos. In A. Gonçalves, & C. Machado, *Psicologia Forense* (pp. 319-342). Coimbra: Quarteto.
- Fordyce, M. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology, 30(4)*, 483-498.
- Gonçalves, C. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22*, 739-745.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Gottestam, K., & Hsu, A. Y. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology & Aging, 12*, 590-599.
- Jones, J. S., Holstege, C., & Holstege, H. (1997). Elder Abuse and Neglect: Understanding the Causes and Potential Risk Factors. *American Journal of Emergency Medicine, 15(6)*, 579-583.
- Lachs, M., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet, 364(9441)*, 1263-72.
- Levine, J. (2003). Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. *Geriatrics, 58(10)*, 37-44.
- Luppa, M., Luck, T., König, H., Angermeyer, M., & Heller, S. (2012). Natural course of depression symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *Journal of Affective Disorders, 142*, 166-171.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131(6)*, 803-855.
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (1999). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences, 9(19)*, 496-502.
- Mosquera, J., & Stobaus, C. (2012). O Envelhecimento Saudável: Educação, Saúde e Psicologia Positiva. In A. Ferreira, D. Claus, G. Denise, & J. Mosquera, *Educação & Envelhecimento* (pp. 14-21). Porto Alegre: ediPUCRS.
- Ranzijn, R. (2002). Towards a positive psychology of ageing: Potentials and barriers. *Australian Psychologist, 37(2)*, 79-85.

- Ribeiro, L., Ferreira, R., & Lima, M. (2012). *Positividade -Intervenção com Pessoas Idosas*. Porto: Impulso Positivo.
- Schneider, R., & Irigaray, T. Q. (2008). Envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 27(3), 585-593.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Selwood, A., Cooper, C., & Livingston, G. (2007). What is Elder Abuse - Who decides?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22,1009-1012.
- Stark, S. (2012). Elder abuse: Screening, intervention and prevention. *Nursing*, 42, 24-29.
- Strongman, K. T., & Overton, A. E. (1999). Emotion in late adulthood. *Australian Psychologist*, 34(2), 104-110.
- Swagerty, D., Takahashi, P., & Evans, J. (1999). Elder mistreatment. *American Family Physician*, 59(10), 2804-2808.
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2011). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 352-357.
- Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 29-74.
- Veenhoven, R. (2010). How universal is happiness? In J. Diener, J. Helliwell, & D. Kahneman, *International Differences in Well-Being* (pp. 328-347). New Work: Oxford University.
- XinQi Dong, M., & Simon, M. (2014). Vulnerability Risk Index Profile for Elder Abuse in a Community-Dwelling Population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62, 10-15.

Anexo B

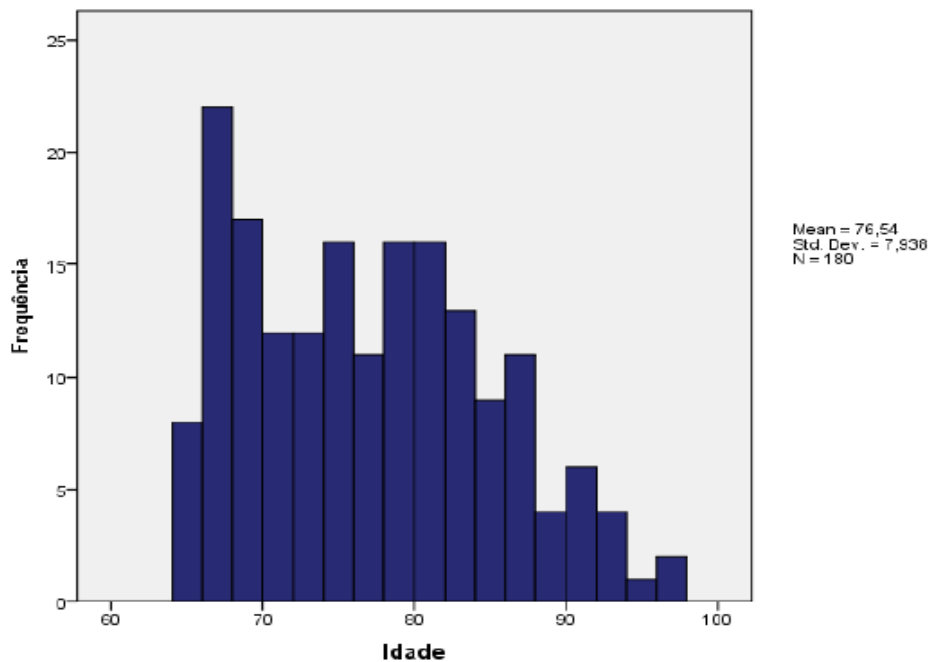


Figura 2. Histograma relativo à idade da amostra (N = 180)

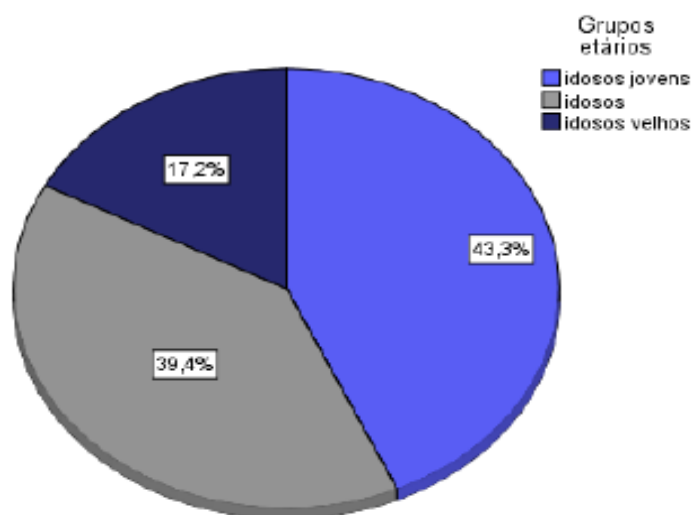


Figura 3. Gráfico circular sobre a percentagem de idosos de cada grupo

Tabela 25
Caracterização sociodemográfica da amostra

		<i>n</i> (%)	<i>N</i>
Género	Feminino	107(59.4%)	180
	Masculino	73(40.6%)	
Estado civil	Casado(a)	76(42.2%)	180
	Viúvo(a)	71(39.4%)	
	Divorciado(a) / separado(a)	16(8.9%)	
	Solteiro(a)	12(6.7%)	
	Unido(a) de facto	3(1.7%)	
	Compromisso afetivo com alguém significativo	2(1.1%)	
Escolaridade	Sem escolaridade	15(8.3%)	180
	Até 4 anos	82(45.6%)	
	Até 6 anos	14(7.8%)	
	Até 9 anos	26(14.4%)	
	Até 12 anos	18(10.0%)	
	Licenciatura/bacharelato	15(8.3%)	
	Pós-graduação/Mestrado	3(1.7%)	
	Doutoramento/Pós-Doutoramento	1(0.6%)	
Não responderam	6(3.3%)		
Tipo de residência	Não institucionalizados	135(75%)	180
	Institucionalizados	45(25%)	
Alguma vez foi vítima de violência	Não	154 (85.6%)	180
	Sim	25 (13.9%)	
	Não responde	1(0.6%)	

Tabela 26

Média, Variância, Correlação Total e Alfa de Cronbach se o item for eliminado, para o instrumento Covilha Happiness Questionnaire (CHQ)

	Média da escala se o item for eliminado	Variância da escala se o item for eliminado	Item corrigido - Correlação Total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
Item 1	139	176.	0.60	0.79
Item 2	139	181	0.52	0.80
Item 3	139	187	0.36	0.81
Item 4	140	194	-0.036	0.82
Item 5	140	176	0.66	0.79
Item 6	139	183	0.45	0.80
Item 7	139	189	0.65	0.80
Item 8	139	180	0.50	0.80
Item 9	141	202	-0.35	0.82
Item 10	141	195	-0.051	0.82
Item 11	139	185	0.47	0.80
Item 12	139	185	0.33	0.80
Item 13	139	183	0.44	0.80
Item 14	140	184	0.24	0.81
Item 15	139	189	0.29	0.81
Item 16	139	187	0.39	0.80
Item 17	139	185	0.53	0.80
Item 18	139	186	0.33	0.80
Item 19	139	186	0.36	0.80
Item 20	140	182	0.48	0.80
Item 21	139	183	0.45	0.80
Item 22	140	181	0.43	0.80
Item 23	139	178	0.57	0.80
Item 24	140	182	0.35	0.80
Item 25	140	179	0.51	0.80
Item 26	139	181	0.47	0.80
Item 27	141	199	-0.18	0.82
Item 28	139	189	0.21	0.81
Item 29	141	185	0.28	0.81
Item 30	141	188	0.24	0.81
Item 31	140	180	0.33	0.80
Item 32	140	184	0.26	0.81
Item 33	140	182	0.30	0.81
Item 34	140	193	0.02	0.81
Item 35	139	188	0.20	0.81
Item 36	141	195	-0.065	0.82
Item 37	140	186	0.30	0.81
Item 38	140	179	0.56	0.80
Item 39	140	201	-0.22	0.83
Item 40	141	202	-0.23	0.83
Item 41	139	183	0.45	0.80

Tabela 27

Média, Variância, Correlação Total e Alfa de Cronbach se o item for eliminado, para o instrumento Versão Portuguesa do Short Form Health Survey (SF-36)

	<i>Média da escala se o item for eliminado</i>	<i>Variância da escala se o item for eliminado</i>	<i>Item corrigido - Correlação Total</i>	<i>Alfa de Cronbach se o item for eliminado</i>
Item 1	112	504	0.49	0.95
Item 2	111	540	-0.35	0.96
Item 3	112	511	0.45	0.95
Item 4	112	503	0.60	0.95
Item 5	112	501	0.69	0.95
Item 6	112	503	0.63	0.95
Item 7	112	504	0.67	0.95
Item 8	112	504	0.62	0.95
Item 9	112	501	0.70	0.95
Item 10	112	503	0.64	0.95
Item 11	112	505	0.65	0.95
Item 12	115	503	0.69	0.95
Item 13	110	486	0.73	0.95
Item 14	115	484	0.74	0.95
Item 15	115	480	0.79	0.95
Item 16	119	488	0.79	0.95
Item 17	110	496	0.63	0.95
Item 18	110	490	0.71	0.95
Item 19	110	497	0.60	0.95
Item 20	110	501	0.58	0.95
Item 21	110	480	0.60	0.95
Item 22	110	487	0.68	0.95
Item 23	111	497	0.62	0.95
Item 24	111	495	0.57	0.95
Item 25	110	495	0.65	0.95
Item 26	111	498	0.56	0.95
Item 27	111	504	0.44	0.95
Item 28	110	495	0.65	0.95
Item 29	115	496	0.63	0.95
Item 30	111	500	0.57	0.95
Item 31	111	499	0.61	0.95
Item 32	110	494	0.65	0.95
Item 33	110	500	0.59	0.95
Item 34	111	501	0.52	0.952
Item 35	111	508	0.38	0.953
Item 36	111	497	0.57	0.95

Tabela 28

Média, Variância, Correlação Total e Alfa de Cronbach se o item for eliminado, para as duas escalas (AP e AN) do instrumento Versão Reduzida da Escala Portuguesa de Afecto Positivo e Negativo (PANAS-VRP)

		Média da escala se o item for eliminado	Variância da escala se o item for eliminado	Item corrigido - Correlação Total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
AP	BS1	11.7	9.89	0.55	0.79
	BS3	12.1	9.04	0.68	0.75
	BS5	12.5	10.4	0.52	0.80
	BS6	11.7	9.64	0.60	0.76
	BS9	11.8	9.13	0.65	0.76
AN	BS2	6.34	7.69	0.54	0.76
	BS4	7.15	8.10	0.67	0.71
	BS7	7.09	7.72	0.73	0.68
	BS8	7.53	10.9	0.29	0.81
	BS10	7.35	8.85	0.62	0.73

Tabela 29

Média, Variância, Correlação Total e Alfa de Cronbach se o item for eliminado, para o instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)

	Média da escala se o item for eliminado	Variância da escala se o item for eliminado	Item corrigido - Correlação Total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
HSabuse1	2.74	4.45	0.37	0.66
HSabuse2	2.81	5.15	-0.014	0.71
HSabuse3	2.47	4.77	0.11	0.71
HSabuse4	2.19	5.26	-0,097	0,73
HSabuse5	2.69	4.10	0,52	0,63
HSabuse6	2.88	5.12	0,047	0,69
HSabuse7	2.86	4.70	0,35	0,66
HSabuse8	2.82	4.91	0,14	0,69
HSabuse9	2.94	4.99	0,33	0,67
HSabuse10	2.85	4.40	0,55	0,64
HSabuse11	2.78	4.29	0,50	0,64
HSabuse12	2.81	4.36	0,52	0,64
HSabuse13	2.88	4.47	0,60	0,64
HSabuse14	2.90	4.73	0,44	0,66
HSabuse15	2.85	4.47	0,40	0,65