

**PAULA CRISTINA ANASTÁCIO SANTA BÁRBARA CÉSAR**

**A RESILIÊNCIA COMO FATOR PROTETOR  
PARA A AUTOESTIMA E O BEM-ESTAR  
SUBJETIVO EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS**

**Orientador: José de Almeida Brites**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2015**

**PAULA CRISTINA ANASTÁCIO SANTA BÁRBARA CÉSAR**

**A RESILIÊNCIA COMO FATOR PROTETOR  
PARA A AUTOESTIMA E O BEM-ESTAR  
SUBJETIVO EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação defendida em provas públicas no dia 2 de Março de 2016 para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias com o Despacho Reitoral nº 402/2015 com a seguinte composição de Júri:

Presidente:

Professor Doutor Américo Batista

Arguente:

Professora Doutora Bárbara Nazaré

Orientador:

Professor Doutor José de Almeida Brites

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2015**

## **Epígrafe**

*“Aqueles que passam por nós,  
não vão sós,  
não nos deixam sós.  
Deixam um pouco de si,  
levam um pouco de nós.”*

Antoine de Saint-Exupéry

## **Dedicatória**

A maior bênção da família é a capacidade de abraçar, apoiar, acompanhar, decifrar olhares e silêncios, rir e chorar juntos. O Amor entre pessoas que não se escolheram e todavia são tão importantes, umas para as outras.

À minha família... a maior bênção que Deus me deu!

## **Agradecimentos**

De uma forma especial agradeço ao Professor Doutor José Brites de Almeida, meu orientador, com quem partilhei os meus dilemas, bem como alegrias, tristezas e conquistas durante a execução desta dissertação de mestrado. Pela forma como transmitiu os seus conhecimentos e pela oportunidade de aprendizagens únicas, reflexo da sua experiência e sabedoria, com a humildade e simpatia que lhe são características.

Agradeço às instituições e aos utentes que permitiram a recolha da amostra para que fosse possível a aplicação do estudo empírico.

À minha família, em especial ao meu marido Luís e filhos Filipa e Rafael, fontes de força e coragem e que mostram a verdadeira importância da família, no apoio que sempre me deram em prosseguir este meu sonho... no reforço, na persistência, no carinho e Amor que lhe são característicos. À minha mãe que apesar de “ausente”, sempre esteve comigo através dos seus beijos e manifestações de Afeto e Amor. Ao meu irmão, cunhada, sobrinhos e sogra que estiveram sempre presentes e estimularam esta conquista pela energia que me transmitiram em todos os momentos.

À minha colega e amiga Aida que percorreu este caminho ao meu lado.

Aos meus amigos, aos que sempre acreditaram e aos que apesar de não acreditarem me deram a força e desafiaram nesta conquista.

A todos o meu... Bem Hajam!

## Resumo

O envelhecimento é um processo de transformações biopsicossociais que tende a fazer diminuir a independência das pessoas e que termina frequentemente na sua institucionalização. Contudo, a adaptação a esta transformação é variável e depende da forma como é percebida. A resiliência refere-se à capacidade do ser humano responder positivamente aos acontecimentos da vida, mesmo na adversidade, o que contribui para a Autoestima e o Bem-estar Subjetivo. Nesta dissertação pretendeu-se estudar a forma como a Resiliência, enquanto fator protetor, contribui para o efeito que as Atividades Básicas da Vida Diária têm na Autoestima e no Bem-estar Subjetivo particularmente em idosos institucionalizados.

Com este objetivo aplicou-se um protocolo de avaliação constituído por dados sociodemográficos, de rastreio cognitivo através do MMSE - Mini Mental State Examination (Folsteins, Folstein & McHugh, 1975; versão adaptada por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 2007), a escala de avaliação de atividades básicas da vida através do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão adaptada por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007), para avaliar a escala de resiliência a The Resilience Scale, (Wagnild, & Young, 1993; versão portuguesa adaptada por Ng Deep & Pereira, 2012) a autoestima, a RSES - Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Adaptado por Santos & Maia, 2003) e a escala de Bem-Estar Subjetivo a EBES - Escala de Bem-Estar Subjetivo (Albuquerque & Tróccoli, 2004). A amostra compreende 78 idosos institucionalizados com uma média de idades de 82,15 (DP=7,48).

Foi verificado que, mais do que as Atividades Básicas da Vida Diária, são os aspetos biopsicossociais de Resiliência que produzem efeito na Autoestima e Bem-estar Subjetivo. A Resiliência tem, portanto, um papel central na Autoestima e Bem-estar Subjetivo dos idosos pela capacidade percebida de enfrentar as suas condições de vida, sendo determinante na representação e no sentimento que têm de si próprios.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Resiliência, Autoestima, Bem-estar Subjetivo, Idosos Institucionalizados.

## **Abstract**

Aging is a process of biopsychosocial modifications that decreases people's independence and leads to institutionalization. However, the way people adapt to this transformation varies and depends on the way that that's perceived. Resilience refers to the human's ability of responding positively to their life issues, even in adversity, which contributes to a better Self-esteem and Subjective Well-being. In this theoretical paper it's aimed to study how the Resilience, as a protect factor, contributes to the effect that Daily Basic Life Activities have on Self-esteem and Subjective Well-being, particularly in institutionalized elderly.

On this purpose it was applied an evaluation protocol consisting of sociodemographic data, cognitive screening by MMSE - Mini Mental State Examination (Folsteins, Folstein & McHugh, 1975; version adapted by Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 2007), the scale of Daily Basic Life Activities by Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965; Portuguese adapted version by Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007), to evaluate Resilience The Resilience Scale, (Wagnild, & Young, 1993; Portuguese version by Ng Deep & Pereira, 2012), to access the Self-esteem the RSES – Self-esteem Scale of Rosenberg (Rosenberg, 1965; adapted by Santos & Maia, 2003), the Subjective Well-Being the EBES – Subjective Well-being Scale (Albuquerque & Tróccoli, 2004). The sample comprises 78 institutionalized elderly with an average age of 82,15 (DP=7,48).

It has been verified that, more than the Daily Basic Life Activities, it is the biopsychosocial aspects of Resilience that produce effects on Self-esteem and Subjective Well-being. Resilience then has an important and central role on Self-esteem and Subjective Well-being on elderly, through the perceived ability of facing their life conditions, being determinant on the representation and consciousness they have about themselves.

**Key Words:** Aging, Self-esteem, Resilience, Subjective Well-being, Institutionalized elderly.

## **Abreviaturas**

|         |                                                        |
|---------|--------------------------------------------------------|
| APA     | American Psychological Association                     |
| ABVD    | Atividades Básicas de Vida Diária                      |
| BES     | Bem-estar Subjetivo                                    |
| EBES    | Escala de Bem-Estar Subjetivo                          |
| INE     | Instituto Nacional de Estatística                      |
| MMSE    | Mini Mental State Examination                          |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde                           |
| RLM     | Regressão Linear Múltipla                              |
| RSES    | Escala de Autoestima de Rosenberg                      |
| SPSS 21 | IBM Statistical Package for Social Sciences, versão 21 |
| WHO     | World Health Organization                              |

## Índice

|                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                             | <b>12</b> |
| <b>PARTE I.....</b>                                                 | <b>16</b> |
| <b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>                                  | <b>16</b> |
| CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO .....                                   | 17        |
| 1.1. Definição e perspetiva teórica .....                           | 18        |
| 1.2. Teorias Atuais sobre a Problemática do Envelhecimento .....    | 19        |
| 1.2.1. Teorias Biológicas do Envelhecimento .....                   | 19        |
| 1.2.2. Teorias Psicossociais do Envelhecimento .....                | 21        |
| 1.3. Envelhecimento e Saúde .....                                   | 22        |
| 1.4. Envelhecimento e Institucionalização .....                     | 24        |
| CAPÍTULO 2 – FATORES DE PROTEÇÃO .....                              | 27        |
| 2.1. Fatores de Risco e Fatores de Proteção no Envelhecimento ..... | 28        |
| 2.2. Resiliência .....                                              | 30        |
| CAPÍTULO 3 – AUTOESTIMA E BEM-ESTAR SUBJETIVO .....                 | 34        |
| 3.1. Autoestima .....                                               | 35        |
| 3.2. Bem-estar Subjetivo .....                                      | 36        |
| <b>PARTE II .....</b>                                               | <b>42</b> |
| <b>ESTUDO EMPÍRICO .....</b>                                        | <b>42</b> |
| CAPÍTULO 4 – MÉTODO.....                                            | 43        |
| 4.1. Objetivos e Hipóteses da Investigação .....                    | 44        |
| 4.2. Amostra .....                                                  | 44        |
| 4.3. Instrumentos .....                                             | 46        |
| 4.3.1. Rastreio Cognitivo .....                                     | 46        |
| 4.3.2. Atividades Básicas da Vida Diária .....                      | 46        |
| 4.3.3. Resiliência .....                                            | 47        |
| 4.3.4. Autoestima.....                                              | 48        |
| 4.3.5. Bem-estar Subjetivo .....                                    | 48        |
| 4.4. Procedimento.....                                              | 49        |
| CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....                      | 50        |
| 5.1. Resultados .....                                               | 51        |

|                                                       |          |
|-------------------------------------------------------|----------|
| CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....           | 57       |
| 6.1. Discussão dos Resultados.....                    | 58       |
| CONCLUSÃO.....                                        | 62       |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                      | 66       |
| <b>ANEXOS .....</b>                                   | <b>I</b> |
| ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ÀS INSTITUIÇÕES ..... | II       |
| ANEXO II – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO .....            | VI       |

## Índice de Tabelas

|                                                                                                                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1.</b> Caraterização Sociodemográfica, por género. ....                                                                                                                                                                        | 45 |
| <b>Tabela 2.</b> Médias, Desvio Padrão e diferenças entre género nas dimensões Rastreio Cognitivo, Atividades Básicas da Vida Diária, Resiliência, Autoestima e Bem-estar Subjetivo. ....                                                | 51 |
| <b>Tabela 3.</b> Médias, Desvio Padrão e diferenças entre a decisão própria (não/sim) de permanência no lar nas dimensões Atividades Básicas da Vida Diária, Autoestima, Resiliência e Bem-estar Subjetivo.....                          | 52 |
| <b>Tabela 4.</b> Efeito das Atividades Básicas de Vida Diária na Orientação Positiva e na Orientação Negativa moderado pela Resiliência (n = 78). ....                                                                                   | 53 |
| <b>Tabela 5.</b> Efeito das Atividades Básicas de Vida Diária nas dimensões de Bem-estar Subjetivo, Afetividade Positiva, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Insatisfação com a Vida moderado pela Resiliência (n = 78). .... | 55 |

## **Introdução**

A temática da terceira idade reveste-se da máxima importância, dado que na atualidade existe uma elevada percentagem de pessoas idosas em Portugal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Segundo os últimos resultados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), na última década destacou-se um aumento do dobro do envelhecimento da população. A publicação dos dados do Censos de 2011 (INE, 2011) atesta o aumento da população com mais de 65 anos e a redução da população mais jovem em Portugal. Presentemente, 15% da população residente em Portugal encontra-se na faixa etária mais jovem entre os 0-14 anos e cerca de 19% na faixa etária com mais de 65 anos de idade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002), são consideradas pessoas idosas homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos. O índice de envelhecimento da população é hoje de 129%, o que indica que por cada 100 jovens existem 129 idosos (INE, 2011).

Consequentemente verifica-se um notório aumento da população institucionalizada numa gradual expansão do uso de Lares de Idosos, situação aferida pelo INE (2011). Este acontecimento deve-se não só ao aumento da população idosa, mas também à mudança da estrutura familiar que dificulta o cuidado do idoso na sua residência.

Em Portugal, devido ao efeito cumulativo da diminuição da mortalidade, da natalidade e ao aumento da esperança de vida, tem-se registado um progressivo envelhecimento da população. Nas últimas décadas têm-se verificado alterações demográficas de larga escala com elevado impacto a nível social, económico e cultural, em que o envelhecer é muitas vezes um processo sensível, doloroso e que afeta o bem-estar quotidiano (Santana, Tavares & Pereira, 2012).

A institucionalização é uma realidade cada vez mais presente no quotidiano do idoso. Tem sido uma temática muito abordada pela comunidade científica dadas as transformações que surgiram neste domínio. Desde há algumas décadas existe a necessidade de se conhecerem os fatores associados, o seu impacto na vida dos idosos, assim como a necessidade de se incrementar o conhecimento de práticas que promovam o seu Bem-estar Subjetivo (Vieira, 2003).

O Bem-estar subjetivo procura compreender a avaliação que as pessoas fazem das suas próprias vidas relativamente a aspetos como a felicidade, satisfação, estado de espírito e afetos positivos, estando associados a uma avaliação subjetiva da qualidade de vida (Paschoal, 1996).

O modelo biopsicossocial justaposto à saúde mental e à saúde no seu todo, empregou uma abordagem integral e holística de maneira a superar o que a perspectiva biomédica lhe tentava inculcar perante a designação de saúde. A psicologia interessou-se pelos aspetos positivos do espectro da saúde mental, definindo-os de forma consensual não considerando apenas as perturbações mentais, mas incluindo dimensões positivas como o bem-estar subjetivo, a percepção de autoeficácia, autonomia e competências (OMS, 2002).

Foi a partir do conceito de bem-estar que se construíram medidas para avaliar indicadores de saúde mental através de variáveis como a satisfação com a vida, a felicidade, o afeto positivo e o afeto negativo. Estes conceitos incitam outro pensamento, questionar se a qualidade de vida se refere apenas ao que o sujeito delimita ou quais os elementos que intervêm na qualidade da sua própria vida, ou ainda se se pode estabelecer a qualidade de vida geral para todos os indivíduos (Lucas, Diener & Suh, 1996).

Aos idosos são-lhes conferidas características positivas e negativas. Investigações feitas neste âmbito demonstram que os idosos dão valor a vários fatores físicos como a saúde e a autonomia, a fatores psicológicos como a solidão, personalidade e valorizam os próprios sentimentos quando estes influenciam o próprio bem-estar, o ambiente onde vivem como o ambiente social e os serviços, a fatores sociais como o isolamento social, a autoestima e dignidade como a própria dependência económica (Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas, Forjaz, Delgado-Sanz, Ahmed-Mohamed & Martínez-Martín, 2009; Fernández-Mayoralas, Rojo, Prieto, León, Martínez & Forjaz, 2007). São os fatores físicos, psicológicos, ambientais e sociais que permitem observações como o facto de se sentirem com elevado bem-estar subjetivo, que pode ser chamado de felicidade, estar satisfeito com a vida e viver de forma positiva. Por sua vez, quem se sente com baixo valor de bem-estar subjetivo, está insatisfeito com a vida e prevalecem emoções negativas, como a ansiedade e a depressão (Zamarrón, 2006).

A relação entre o envelhecimento e a autoestima é alvo de controvérsias. Por um lado, a literatura gerontológica afirma que a velhice quando associada à fragilidade, em termos físicos e psicológicos, afeta a autoestima do idoso, por outro lado, defende que este constructo é decorrente de determinadas etapas e situações ao longo da vida, e afirma que a história do indivíduo influencia a autoestima do mesmo, que é estável e permanente durante o ciclo vital (Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2003).

Os fatores protetores estão associados aos recursos individuais que reduzem o efeito do risco, enquanto a resiliência é muitas vezes relacionada a fatores protetores individuais que predizem consequências positivas em indivíduos expostos a um contexto de risco.

Assim, tornou-se relevante a realização de um estudo aprofundado que permitisse investigar a forma como a Resiliência, enquanto fator protetor, contribui para o efeito que as Atividades Básicas da Vida Diária têm na Autoestima e no Bem-estar Subjetivo particularmente em idosos institucionalizados.

Esta dissertação está estruturada em duas partes. Na parte I, dividida em três capítulos, é feito um enquadramento teórico que serviu de base a esta investigação.

O primeiro capítulo aborda a temática do envelhecimento, a sua definição e perspetiva teórica, as teorias atuais sobre a problemática do envelhecimento, nomeadamente as teorias biológicas e as teorias psicossociais, a variável saúde e doença e a sua importância no envelhecimento e, por fim, a combinação de fenómenos sociais, como o progressivo envelhecimento da população associado à alteração das estruturas familiares e a sua institucionalização.

No capítulo dois é elaborada uma revisão de literatura sobre os fatores protetores, fazendo inicialmente uma definição e distinção entre fatores de risco e fatores de proteção e de que forma estes se processam no envelhecimento, dando relevância ao fator protetor, resiliência, a que se refere a investigação.

Concluindo a primeira parte desta dissertação são destacados no capítulo três a definição e indicadores da Autoestima e de Bem-estar Subjetivo na pessoa idosa.

Terminada a Parte I de cariz teórico, apresenta-se a Parte II, que corresponde ao Estudo Empírico que foi efetuado. O capítulo quatro descreve o método, sendo apresentados os objetivos e as hipóteses, a amostra, os instrumentos e o procedimento da investigação.

No capítulo cinco são apresentados os resultados da investigação. No capítulo seis apresenta-se a discussão dos resultados da investigação, onde é realizada uma interpretação dos resultados de forma a confirmar ou infirmar as hipóteses desta investigação e é feita uma análise qualitativa dos resultados com base na literatura.

Por fim é feita a conclusão, por forma a expor a importância da investigação desenvolvida, a sua contribuição para o tema em estudo, os resultados da mesma, mencionadas as limitações da investigação e apresentadas sugestões para estudos futuros, deixando espaço para novas pesquisas neste âmbito.

Este estudo é transversal dado que a amostra é recolhida num único momento e de carácter experimental. A norma adotada para citações e referência bibliográfica é a American Psychological Association (APA), com as recomendações da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

## **Parte I**

### **Enquadramento Teórico**

## **Capítulo 1 – Envelhecimento**

### **1.1. Definição e perspectiva teórica**

O envelhecimento demográfico é consequência da longevidade das pessoas e tem sido um ponto de interesse para a Psicologia. Conhecer todo o processo de envelhecimento é uma tarefa que tem ocupado os investigadores em estudos com o objetivo de enriquecer o conhecimento e descobrir novas possibilidades de intervenção (Fonseca, 2006).

No estudo do envelhecimento tem sobressaído a biologia, sobrepondo-se em importância às ciências sociais (Birren, cit. in Fonseca, 2006), mas o funcionamento humano não pode ser apenas explicado pela sua limitação à dimensão biológica. Existem evidências empíricas que demonstram que os aspetos psicológicos na qualidade de vida e na longevidade são deveras importantes (Lehr, cit. in Fonseca, 2006).

O processo de envelhecimento acontece a todos os níveis, ao nível biológico, psicológico e social, como um processo complexo e dinâmico, pelo que alterações numa dimensão implicam alterações a todos os níveis e em todos os aspetos da vida (Sequeira, 2007).

A idade cronológica, por si só, é um critério insuficiente para estudar o envelhecimento, o número de anos que uma pessoa vive não informa quanto à sua qualidade de vida, quanto à sua experiência psicológica e social, nem quanto à sua saúde (Rabin, Shock, cit. in Fonseca, 2006; Birren & Schroots, 2001).

Os estudos da psicologia do ciclo de vida demonstram que os processos psicológicos de mudança não acontecem ao mesmo tempo das mudanças biológicas que se produzem ao longo da vida. A ocorrência de um envelhecimento normal ou patológico manifesta o comportamento dos indivíduos ao longo da sua vida, a forma como envelhecem assemelha-se à forma como se desenvolvem. A relação entre ganhos e perdas confere ao conceito de desenvolvimento uma perspectiva relevante (Baltes, cit. in Fonseca 2006).

Para Birren e Schroots (cit. in Fonseca 2006) é fundamental procurar compreender a natureza do envelhecimento para depois o poder explicar.

Schroots e Yates (cit. in Fonseca, 2006), recorrendo a noções de tipo ecológico, concetualizam o desenvolvimento e o envelhecimento como processos relacionados entre si na sequência de mudanças ontogénicas ocorridas em contextos ecológicos variáveis. Cada trajetória de vida caracteriza uma forma única, diferente de todas as outras trajetórias de vida em termos de organização biológica e comportamental, refletindo-se essas diferenças em vários modos de envelhecer (Fonseca, 2006).

## **1.2. Teorias Atuais sobre a Problemática do Envelhecimento**

A complexidade inerente ao processo de envelhecimento acontece a todos os níveis, pelo que alterações numa dimensão implicam alterações em todos os outros aspetos da vida. O envelhecimento físico implica alterações psicológicas e sociais (Sequeira, 2007).

O envelhecimento biológico resulta da diminuição da capacidade de regeneração celular (McArdle, Katch & Katch, cit. in Sequeira, 2007) que predispõem o idoso a diversas doenças. O sistema imunitário sofre uma diminuição de eficácia, aumentando assim os riscos de doença (Sequeira, 2007). O envelhecimento celular gera diversas alterações, como menor eficácia dos órgãos vitais, mudanças no aspeto exterior, lentificação motora, diminuição do equilíbrio e da força muscular, diminuição da velocidade de reação, diminuição da capacidade funcional, alterações emocionais e diminuição das capacidades cognitivas (Sequeira, 2007), nomeadamente as capacidades mnésicas, o raciocínio abstrato e a resolução de problemas (Paúl, 2005).

As teorias que explicam o envelhecimento são múltiplas e envolvem teorias biológicas e teorias psicossociais (Vega & Martinez, 2000; Rossel, Herrera & Rico, 2004; Mailloux-Poirier, 1995).<sup>3</sup>

### **1.2.1. Teorias Biológicas do Envelhecimento**

De acordo com Busse e Blazer (1999), o envelhecimento envolve as alterações físicas que se manifestam na idade adulta, tendo como consequência um decréscimo na competência do funcionamento e termina na morte. Mailloux-Poirie (1995) e Vega e Martinez (2000) agrupam as teorias biológicas do envelhecimento em Teoria Imunitária, Teoria Genética, Teoria do Erro na Síntese Proteica, Teoria do Desgaste, Teoria dos Radicais Livres, a Teoria Neuro-endócrina, a Teoria Geodinâmica e a Teoria do Sistema Nervoso.

Segundo a Teoria Imunitária, o envelhecimento resulta de alterações que levam o sistema imunitário a atacar as células do próprio organismo (Mailloux-Poirie, 1995). No envelhecimento verifica-se uma diminuição na competência dos mecanismos de proteção, o que diminui a proteção do sistema imunitário e que resulta numa maior incidência de doenças na população idosa (Busse & Blazer, 1999). Hamilton (2002) sintetiza esta teoria com o facto do sistema imunitário ter uma menor capacidade de produzir anticorpos, o que diminui a sua capacidade de combater as infeções. O sistema imunitário identifica de forma errada células do corpo como agentes infecciosos, acabando por atacá-las.

Na Teoria Genética, o envelhecimento é encarado como tendo uma base genética e a vida do indivíduo vem programada na célula ou nos genes da espécie, pelo que o limite da

vida se encontra geneticamente programado. Esta programação, ou estes processos, encontram-se nas moléculas do ADN dos genes dos indivíduos (Vega & Martinez, 2000; Mailloux-Poirie, 1995).

A Teoria do Erro na Síntese Proteica explica o envelhecimento como consequência da morte celular, a qual resulta da acumulação de mudanças acidentais que acontecem num determinado lugar ao longo da vida das células. Estas mudanças aleatórias ou mutações podem afetar as moléculas de ADN (Vega & Martinez, 2000; Mailloux-Poirie, 1995).

Segundo a Teoria do Desgaste, o organismo é considerado como uma máquina que sofre um desgaste natural. Aspetos como a atividade, o trabalho e o exercício, não aceleram o envelhecimento ou a morte, no entanto, existem alguns aspetos que podem estar relacionados com o desgaste natural, como a exposição solar, a exposição à radiação ou o álcool (Vega & Martinez, 2000; Mailloux-Poirie, 1995).

Uma subteoria do envelhecimento biológico é a dos Radicais Livres, que destaca que o radical livre reduz a eficácia celular e causa a acumulação de resíduos na célula. Estes radicais livres podem ser produzidos pelo calor extremo, pelas interações oxidativas ou pela radiação. O processo de envelhecimento e a morte prematura do organismo resultam numa acumulação excessiva de radicais livres que danificam a membrana e outros componentes da célula, acelerando o processo de envelhecimento e produzindo uma morte prematura do organismo (Vega & Martinez, 2000).

O envelhecimento, segundo a Teoria Neuro-endócrina, está relacionado com a insuficiência do sistema endócrino. O sistema endócrino controla as atividades do corpo através das hormonas que regulam os processos metabólicos, produzidos nas glândulas endócrinas e transportadas através da corrente sanguínea. Enquanto estes mecanismos homeostáticos não estão deteriorados, o corpo consegue manter a sua capacidade de controlo em situações que implicam stress. A morte pode acontecer pela incapacidade do organismo autorregular as mudanças que se produzem no corpo (Vega & Martinez, 2000).

A Teoria Geodinâmica é a abordagem alternativa às teorias anteriores. Não inclui apenas as teorias celulares, mas refere-se ao envelhecimento em geral. Esta teoria explica o envelhecimento pela acumulação da entropia, ou seja, a desordem perante a ordem. O envelhecimento definido desta forma é um processo oposto ao desenvolvimento, a desestruturação, a desorganização e o desequilíbrio não se estruturam, organizam ou equilibram, como acontece com o desenvolvimento, mas acumula-se. Esta acumulação de

desordem é uma força negativa que constitui a base do envelhecimento (Vega & Martinez, 2000).

Na Teoria do Sistema Nervoso, Vega e Martinez (2000) explicam o envelhecimento com a perda de eficácia de alguns mecanismos, em que se pode distinguir envelhecimento normal e envelhecimento patológico do sistema nervoso. Em relação ao envelhecimento patológico do sistema nervoso, ele conduz ao aparecimento de certo tipo de demências.

### **1.2.2. Teorias Psicossociais do Envelhecimento**

Das teorias psicossociais do envelhecimento destacam-se a Teoria da Desvinculação, a Teoria da Atividade, a Teoria da Continuidade, a Teoria da Subcultura, a Teoria do Grupo Minoritário e a Teoria das Tarefas.

De acordo com a Teoria da Desvinculação, com o envelhecimento ocorre separação física, psicológica e social (Rossell, 2004; Mailloux-Poirie, 1995). O envelhecimento implica um afastamento recíproco do idoso relativamente à sociedade em que está inserido. A sociedade força o idoso a isolar-se, o que o leva a afastar-se do mundo, a diminuir as obrigações e atividades, circunscrevendo-se à família e aos amigos. Os idosos acabam por ter um desvio da atenção do mundo externo para o mundo interno, para os próprios sentimentos e pensamentos, e uma separação social, que tem por base um decréscimo das suas relações sociais (Busse & Blazer, 1999).

Segundo Havighurst (1953) e a Teoria da Atividade os idosos devem manter-se ativos, de modo a conseguirem uma melhor qualidade de vida. Neri (2001) aborda esta teoria referindo que o indivíduo, ao envelhecer, se depara com alterações relacionadas com as suas condições anatómicas, psicológicas e de saúde que são específicas desta etapa da vida, no entanto, as suas necessidades sociais e psicológicas permanecem as mesmas. Para envelhecer com êxito a pessoa deve permanecer ativa na sociedade. Rossell (2004) baseia-se nos princípios básicos do envelhecimento, em que a satisfação com a vida depende da concretização efetiva dos papéis familiares, sociais e laborais. É necessário valorizar a atividade e atribuir ao idoso papéis apreciados socialmente, a atividade depende do estado de ânimo e a satisfação com a vida está ligada ao tipo de atividade.

Na Teoria da Continuidade, Mailloux-Poirie (1995) faz referência à existência de uma continuidade no comportamento do idoso.

De acordo com a Teoria da Subcultura, Rossel, Herrera e Rico (2004) consideram que os idosos têm interação mais com os indivíduos da mesma idade ou próxima, do que com

indivíduos de outras idades, pois apresentam maior afinidade, desde a forma de pensar, sentir, executar e perspetivar a vida.

Segundo a Teoria do Grupo Minoritário, Rossel, Herrera e Rico (2004) são da opinião que os idosos vêm-se obrigados a ingressar num grupo, que apresenta características negativas como segregação, pobreza e autoestima baixa. O envelhecimento está associado a juízos e interpretações que na sua génese são exprimidos por rótulos negativos e discriminatórios, o idadismo. Verifica-se que os idosos integram uma geração que experienciou uma vivência e possuem uma forma característica de ver a vida e a sociedade, sustentada em valores seguros e por vezes dificilmente compreendidos por gerações mais jovens.

A imagem dos idosos e a imagem que conjeturam de si mesmo não são propriamente específicas de grupos envelhecidos ou de grupos minoritários. Perante a segregação do individuo, as reações podem ser variadas dependendo de fatores de proteção e podem originar uma atitude ativa ou desprendimento completo.

Na Teoria das Tarefas, o desenvolvimento é entendido de modo a ter um envelhecimento bem-sucedido (Rossel, Herrera & Rico, 2004). Destacam o início da idade adulta (30-40 anos), em que ocorre concentração das energias na consolidação profissional, social e familiar, o estágio da maturidade (40-50 anos), etapa em que o indivíduo se afirma nas suas responsabilidades sociais e cívicas e fortalece as suas relações sociais, e os últimos anos da maturidade (50-60 anos) em que os indivíduos retificam a sua posição e corrigem os seus papéis, existem perdas, papéis novos e adequação ao seu novo grupo etário.

### **1.3. Envelhecimento e Saúde**

No envelhecimento, a importância da variável saúde e doença é tão pertinente que é considerada na distinção clássica entre envelhecimento normal ou primário, em que não implica a ocorrência de doença, e envelhecimento patológico ou secundário, em que há doença e esta se torna a causa próxima da morte. Esta diferenciação conduz a distintas situações no modo como se encara o envelhecimento com base no fator saúde (Baltes & Smith, cit. in Fonseca, 2006).

A saúde não é, por si só, garantia de felicidade, mas a sua ausência provoca sofrimento físico e psicológico e diminuição do bem-estar. A doença mobiliza estratégias de coping dos indivíduos para a recuperação, salienta a sua atividade e recursos no problema e secundariamente pode diminuir o poder económico, a autonomia, alterar as atividades diárias e as relações sociais, provocar desconforto generalizado e suscitar medo da morte. Um dos atuais paradigmas relativos à saúde coloca o comportamento individual na base de uma cadeia

causal de responsabilidades pela saúde e doença de cada pessoa (Paúl, Fonseca, Cruz & Cerejo, 2001).

A dimensão relacional assume um papel importante na promoção da saúde e da saúde mental (Fonseca, 2006). A existência de redes de apoio é uma condição essencial para assegurar a autonomia dos idosos, um autoconceito positivo e uma maior satisfação com a vida, indispensáveis para se alcançar um envelhecimento ótimo (Novo, 2003).

Flick, Fischer, Neuber, Schwarts e Walter (2003), comprovaram que a ausência de doença não é suficiente para caracterizar o estado de saúde na velhice. É necessário ter em linha de conta outras variáveis como, estratégias de coping, integração social, redes de suporte, entre outras. Para os autores deste estudo, a ligação entre saúde e atividade, bem como a capacidade do indivíduo para ajustar a sua vida a determinados limites e restrições mantendo a autonomia e o controlo, são os traços que melhor definem o conceito de saúde aplicado ao envelhecimento (Fonseca, 2006).

Segundo a conceção desenvolvimentista de Erickson e Erickson (1997), os idosos caracterizam-se pelo aparecimento de dois grupos de tendências opostas, sintónicas e distónicas, integridade versus desespero e sabedoria versus desgosto. Numa perspetiva integrativa, a Teoria do Estroma Descartável sugere que muitas características do envelhecimento resultam da incapacidade das células reagirem às agressões ambientais (Mailloux-Poirie, 1995). A velocidade do envelhecimento depende da variabilidade destes acontecimentos externos, bem como da resiliência e dos fatores reparadores. Neste sentido, alguns idosos desenvolvem ciclos de vida negativos, o que os leva a adotar um papel de doente e dependente, enquanto outros apresentam ciclos positivos.

Um significativo número de idosos usufrui de saúde física e mental, de uma relativa independência, mesmo em idades avançadas (Gelder, Gath, Mayou & Cowen, 1996; Pitt, 1986). Outros estudos apontam para um aumento da morbilidade com o avanço da idade a partir da meia-idade (Hall, MacLennam & Lye, 1997). Os acontecimentos que mais afetam a qualidade de vida são a deterioração física e mental, a reforma e as perdas (Fallowfield, 1993).

A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida tem como principal objetivo integrar duas abordagens, a holística, centrada na pessoa, e uma outra, focal, centrada na função. A abordagem centrada na pessoa corresponde a uma perspetiva que vê a pessoa como um sistema e procura descrever um padrão global do desenvolvimento ao longo da vida. A abordagem centrada na função concentra-se numa categoria do comportamento (e.g., os traços

de personalidade) e descreve as alterações dessa categoria ao longo da vida (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

A ideia de que o desenvolvimento é um processo contínuo ao longo de toda a vida começou a ser estudada desde meados do século XX. Um dos grandes nomes desta perspectiva é Baltes, juntamente com o grupo de Berlim (Baltes & Mayer, 1999). De acordo com os autores o desenvolvimento ocorre durante toda a vida, contrariamente ao paradigma que se defendia anteriormente, que afirmava que a infância e a adolescência predeterminavam todo o desenvolvimento posterior, o que dava uma perspectiva bastante predefinida do envelhecimento. Pelo contrário, o desenvolvimento é um processo multidimensional e multidirecional, constituído por um balancear entre ganhos e perdas que se manifestam num determinado contexto histórico e cultural. Com o evoluir deste processo o indivíduo tende a necessitar de mais suporte e de um maior esforço para alcançar os mesmos resultados que antes obtinha (Amado, 2008; Baltes & Smith, 1997).

A importância de Baltes e dos trabalhos do grupo de Berlim têm-se revelado fundamentais para esta mudança de paradigma e para uma visão diferente sobre o envelhecimento (Amado, 2008).

De acordo com a Teoria da Seletividade Socio-emocional de Carstensen (Carstensen & Mikels, 2005; Löckenhoff & Carstensen, 2004; Carstensen, 1991), ao longo do ciclo de vida os indivíduos são orientados por um conjunto de objetivos socio-emocionais. Ao longo do desenvolvimento, a hierarquização dos objetivos vai sendo alterada de acordo com a fase do ciclo de vida, sendo então limitada pelo tempo que os indivíduos ainda esperam viver.

Quando os indivíduos têm pela frente um futuro em aberto, os objetivos vão no sentido de otimizar esse mesmo futuro. Se se deparam com um futuro limitado, como é o caso dos idosos, os objetivos são mais direcionados para o presente, sendo o foco principal a aposta nas relações sociais mais significativas num esforço para que estas sejam de maior qualidade e proximidade. A tendência é para uma maior valorização dos conteúdos emocionais positivos e para o evitamento de estados emocionais negativos (Amado, 2008; Carstensen, Pasupathi, Mayr, & Nesselroade, 2000).

#### **1.4. Envelhecimento e Institucionalização**

As transformações que acontecem nas dinâmicas demográficas colocam vários desafios, para além da longevidade, a transformação das condições de coabitação entre gerações. Quando se combinam fenómenos sociais como o progressivo envelhecimento da população associado à alteração das estruturas familiares, reúnem-se condições que dificultam

a manutenção do idoso no seu domicílio e a sua consequente institucionalização. São vários os fatores que determinam a opção pelo internamento, os problemas de saúde, a perda de autonomia, o isolamento, a falta de uma rede de interações que facilitem a integração social e familiar do idoso e a falta de recursos económicos e habitacionais. O internamento definitivo das pessoas idosas implica uma rutura com o quadro de vida quotidiano que é uma situação inevitável (Pimentel, 2001).

Seja qual for a principal razão que leva ao internamento num lar de um idoso, é um acontecimento que provoca uma mudança abrupta na sua vida, devendo ser um momento de especial cuidado e acompanhado pelos familiares e profissionais para que o idoso não se sinta abandonado nem que a sua vida deixe de ter sentido. Um dos especiais cuidados a ter nas instituições é, aquando do internamento de um idoso, se lhe revele um estatuto de pessoa diminuída porque para o idoso pode ser assumido como uma representação do eu degradado (Guedes, 2014).

A entrada no lar impõe a vivência em grupo, o confronto quotidiano com um coletivo desconhecido, com quem nunca se partilhou a vida nem a intimidade. A ameaça ao sentimento subjetivo de identidade é muito importante quando nos reportamos às experiências de cada um e à vivência em grupo. Quando os idosos percebem que as suas particularidades e a sua singularidade podem ser ameaçadas, o grupo pode ser sentido como uma ameaça à identidade de cada um, desencadeando forças e estratégias psicológicas para lidar com a situação (Guedes, 2014).

Lipiansky (1990) diz que o anonimato inicial provoca a sensação de não existência face a um coletivo desconhecido e do ritual de apresentação inicial no que respeita à resposta a esta situação, apesar da incerteza da impressão que se vai causar nos outros.

Se se considerar que o internamento num lar está relacionado com perda de autonomia física, psicológica, económica ou emocional, facilmente se associa este acontecimento à ideia de privação da vivência de um mundo que oferecia maior estabilidade emocional e liberdade. Para a maioria dos idosos a hipótese de ingressar num lar não é equacionada ao longo da vida fazendo com que esta possibilidade ocorra como o resultado da escolha de um mal menor (Guedes, 2014).

A promoção de uma velhice bem-sucedida passa pelo contexto físico e social em que os idosos estão inseridos (Paúl, 1997). A abordagem ambiental do comportamento é uma área da Psicologia, onde para além das variáveis psicológicas e sociais do indivíduo e do seu grupo de pertença, estão presentes as variáveis do meio físico, pelo que se torna essencial

compreender o contexto ambiental dos idosos institucionalizados de modo a potenciar o bem-estar dos mesmos.

## **Capítulo 2 – Fatores de Proteção**

## **2.1. Fatores de Risco e Fatores de Proteção no Envelhecimento**

A probabilidade de um sujeito ter problemas físicos, psicológicos e sociais podem ser consequência dos eventos da vida, considerando-se fatores de risco (Kirby & Fraser, 1997). Os fatores de proteção referem-se às influências que transformam positivamente ou provocam alteração da resposta de um sujeito a determinados riscos adaptativos (Sameroff, 1999). Na definição de fatores de risco e de proteção salienta-se a necessidade de realçar uma abordagem de processos psicobiológicos e socioambientais, que potencialize um determinado fator quer seja de risco ou de proteção conforme a situação.

Uma conceção mais focalizada para a distinção entre os fatores de risco e fatores protetores, apresentada por Liberman (1993), no Modelo de Stress, Vulnerabilidade, Confronto e Competência, explicam as questões relativas à saúde e doença em função da interação entre os fatores de vulnerabilidade, que são psicobiológicos, e os stressores que são socioambientais, protetores e facilitadores que atuam sobre o indivíduo e o ambiente.

Quando se fala de fatores de risco e de proteção, fala-se em vulnerabilidade, que é quando uma característica pessoal, inata ou adquirida apresenta respostas negativas no percurso do desenvolvimento aumentando a probabilidade de ocorrerem resultados negativos perante o fator de risco. Os fatores de vulnerabilidade referem as alterações duradouras já presentes antes, durante e depois dos acontecimentos. Os stressores são acontecimentos transitórios que obrigam a uma adaptação por parte do indivíduo e que colocam em causa as suas capacidades de resolver problemas (Liberman, 1993). Foram identificados quatro níveis de fatores de risco. A nível fisiológico os fatores genéticos e a reatividade emocional. A nível da personalidade o neuroticismo, pouca força emocional e baixa autoestima. A nível familiar perda dos familiares, a falta de cuidados parentais, abusos e maus tratos. A nível do relacionamento social a discórdia conjugal, a carência de apoio social, a solidão e a carência social, como a habitação e a reforma (Goldberg & Huxley, 1996).

Identificam-se os fatores de risco ao nível de saúde física sendo os mais comuns o aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas, comorbilidades, das perturbações sensoriais e da intensificação dos efeitos secundários da medicação. A nível psicológico há que ter em atenção o funcionamento cognitivo que pode ser prejudicado devido a alterações da saúde física. A capacidade da memória de trabalho está diminuída, está conservada a evocação para acontecimentos pessoais significativos e a psicomotricidade apresenta tendência à lentificação. Na psicopatologia o risco de adoecer com perturbações demenciais está aumentado. A nível das circunstâncias sociais destaca-se o fato de alguns idosos terem

laços familiares pobres ou inexistentes e apresentam redes de suporte social deficitárias. A situação financeira muitas vezes é precária e acompanhada de deterioração das condições habitacionais, de comodidade e qualidade de vida (Gelder, Gath, Mayou & Cowen, 1996).

Os fatores de prevenção primária mencionam o cuidado a ter com os riscos ambientais ou pessoais que possam ser causadores de doenças e não possam ser alterados, como a idade, etnia e fatores genéticos (Gelder, Gath, Mayou & Cowen, 1996).

O envelhecimento saudável está presente em indivíduos que, desde a juventude, tenham tido a preocupação em fazer uso de princípios e boas práticas de vida, não se terem tornado dependentes de químicos ou de fatores debilitantes, ou com alto nível de stresse físico e mental. A qualidade de vida é imperativa para um bom envelhecimento. Investigadores canadenses (Shatenstein, Kergoat & Nadon, 2001) asseveram esta afirmação mediante um estudo científico. Existem indícios de que, com o envelhecimento, ocorrem várias mudanças na composição do corpo, nos índices de massa corporal e na altura. Era intenção destes investigadores descobrir se os fatores ambientais como a qualidade e o estilo de vida, a realização de atividades e o bem-estar do indivíduo seriam influenciadores. Concluíram que, uma boa qualidade de vida e um estilo de vida regrada com uma boa dieta nutricional são fundamentais para um envelhecimento saudável.

A prevenção secundária caracteriza-se pela avaliação de indivíduos que já possuam alguma disfunção ou integrem um determinado grupo de risco. As doenças crônicas como as doenças cardiovasculares, respiratórias e a diabetes são responsáveis por 60% das mortes e incapacidades em todo o mundo e prevê-se um aumento em 2020 de até 73% (World Health Organization [WHO], 2003).

Por fim, a prevenção terciária diz respeito ao tratamento, suporte e reabilitação para reduzir os efeitos da doença. No caso dos défices cognitivos, uma alternativa viável é a reabilitação psicológica.

É crescente a procura de fatores de proteção como o desenvolvimento de atividades físicas para suavizar e prevenir os distúrbios emocionais e as desordens somáticas como as doenças cardiovasculares. O desenvolvimento cognitivo comportamental é uma intervenção com potencial para reduzir a associação entre a depressão e a deterioração cognitiva dos idosos, produzindo efeitos positivos no seu humor.

Outro fator de proteção pertinente é o nível de escolaridade. A escolaridade contribui para o desenvolvimento da Reserva Cognitiva que é a competência para melhorar a performance através da mobilização de recursos cerebrais alternativos que correspondem a

estratégias cognitivas mais eficazes ou flexíveis (Stern, 2002). Uma pessoa que utiliza uma rede neuronal mais eficaz tem uma capacidade superior de intercalar as estratégias cognitivas em resposta a exigências que se lhe apresentam (Stern, 2009).

Com o significado de reserva cognitiva, é permitido explicar e mesmo sugerir que quanto mais elevado for o nível de escolaridade, as habilitações profissionais ou mesmo a inteligência de cada um, maior é a capacidade em reprimir o dano cerebral antes das manifestações de défice funcional (Sanchez, Rodriguez & Carro, 2002; Wilson, Bennett, Gilley, Beckett, Barnes & Evans, 2000).

## **2.2. Resiliência**

A resiliência é um constructo psicológico que se baseia numa estreita relação com a capacidade de adaptação ao meio e superação adequada de situações adversas. É a capacidade de enfrentar positivamente acontecimentos adversos numa perspetiva de promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida. É a procura de alternativas eficazes que auxiliam em situações de risco e consequentemente ajudam na adaptação.

Os fatores de resiliência são identificados como os fatores protetores de saúde física, a nutrição, o abrigo, o conforto e o asseio (Pitt, 1986). A nível psicossocial, a resiliência pode estar relacionada com o credo religioso e a frequência com que o idoso vai à Igreja; com a possibilidade de exercer uma atividade laboral voluntária ou recreativa ajustada às suas capacidades, com a adequação dos programas de reabilitação, no sentido de compensarem perdas específicas e de protegerem contra o aparecimento de comorbilidade; com as oportunidades de socialização e disponibilidade de redes de suporte social, bem como oferta de informação adequada às necessidades do idoso; de programas de educação em diversas áreas como a saúde, a cultura, os tempos livres e as atividades; e por fim, políticas de segurança social de acordo com as necessidades económicas e de saúde da população em questão (Brink, 1983).

Os fatores protetores ou moderadores de carácter ambiental e pessoal amortecem o impacto do stresse e reduzem a possibilidade de vir a adoecer. Determinam quando é que um dado nível de vulnerabilidade se pode transformar em sintomas (Liberian, 1993). Os fatores que diminuem a vulnerabilidade ou que tornam as pessoas resilientes perante uma adversidade não são obrigatoriamente os opostos dos fatores que contribuem para a vulnerabilidade. Segundo Rutter e Quinton (1984) um indivíduo desenvolve resiliência quando tem experiência de respostas emocionais estáveis, seguras, de sucesso e realização.

A população de idosos tornou-se um dos grupos de investigação mais estudados, através de pesquisas que preconizam o estudo de plasticidade resiliente dos sujeitos em relação ao desenvolvimento e ao envelhecimento, segundo uma perspectiva que engloba a vida inteira. Deteriorações de todos os tipos podem advir com o envelhecimento, o falecimento do cônjuge, de familiares, de amigos tornam-se cada vez mais frequentes, a perda da utilidade social e a doença podem ocasionar perturbações graves nos idosos. Assim, o envelhecimento poderá ser considerado como um contexto de risco, contudo, os idosos reagem de forma diferente (Whitbourne, 2001). Alguns parecem desenvolver um comportamento que se pode classificar como resiliente, no qual os acontecimentos normais e esperados de vida são sobretudo precipitantes de novas expressividades ao invés de ameaças à continuidade do *self* (Sullivan & Fisher, 1994).

Aguerre (2002) afirma que a definição generalista que faz referência à resiliência das crianças como a capacidade de ultrapassar a adversidade graças aos seus recursos psicológicos pode-se aplicar aos idosos que conseguem viver bem apesar das dificuldades com que se deparam ligadas à idade. A abordagem da resiliência como processo, confere-lhe uma característica dinâmica e evolutiva inscrita na temporalidade, logo não perene. Assim, há investigações que visam estabelecer a perenidade, ou não, da resiliência, adotando uma abordagem retrospectiva de maneira a analisar o percurso dos idosos considerados resilientes. O estudo da resiliência no idoso pode dar lugar também às investigações transgeracionais, a transmissão da resiliência, e sobre o impacto geracional do funcionamento resiliente de um progenitor em relação à sua descendência (Aguerre, 2002; De Tychey, 2001).

A resiliência assenta em três tipos de fatores de proteção, os fatores individuais, as capacidades cognitivas e as competências sociais. Identificam-se como fatores individuais o temperamento e a reflexão; das capacidades cognitivas são exemplo os sentimentos de empatia e humor; e, nas competências sociais podem-se considerar os fatores familiares, a afetividade, a coesão, a atenção por parte do principal prestador de cuidados, por fatores de suporte de apoio familiar e o sistema de serviços sociais (Fonagy, 2001).

Estes fatores de proteção favorecem a resiliência porque melhoram a autoestima e a autoeficácia e abrem novas possibilidades para o sujeito. Porém, é necessário utilizar as noções de fatores de risco e de fatores de proteção com prudência e abordá-los de forma interdisciplinar. Com efeito, a prática clínica mostra que certos fatores considerados como protetores e que contribuem para a resiliência podem, em doses elevadas, ter um efeito contrário. A autoestima, um fator de resiliência que encontramos no centro da maior parte das

abordagens, pode ser um exemplo disso. Um baixo valor de autoestima é necessário e útil para originar resiliência, no entanto, o seu desenvolvimento exagerado pode levar a personalidades marcadas pela arrogância, pelo desprezo dos outros e das leis, o que irá prejudicar a adaptação, tornando-se mesmo um fator de risco, situação que irá contrariar o funcionamento resiliente (Greenfield & Marks, 2004). O carácter protetor ou de risco de um fator depende do contexto qualitativo relacional em que se desenvolve. É o caso do apoio familiar ou do suporte social que constituem fatores de proteção importantes para os sujeitos. No caso de abandono e negligência do idoso, é justamente no quadro familiar e relacional do indivíduo idoso que o perigo se situa (Manciaux, 2001). Assim, a família e a rede relacional mais alargada tanto podem funcionar como fator de proteção como ser considerado o próprio fator de risco.

Procurando definir um indivíduo resiliente independentemente da idade e do género, segundo Cyrulnik (1998), o indivíduo resiliente seria um sujeito com um coeficiente de inteligência elevado, capaz de ser autónomo e eficaz nas relações com o meio, ter boas capacidades de adaptação relacional e empatia, capaz de prever, planificar e finalmente ter sentido de humor. A totalidade dessas características não é garantia de um bom funcionamento resiliente, mas esses diferentes elementos encontram-se em muitos dos sujeitos considerados resilientes. Cyrulnik (1998) explora com esta abordagem, características essencialmente de ordem cognitiva, comportamental e psicossocial, e coloca de fora a abordagem metapsicológica dos processos psíquicos que intervêm na resiliência. Os mecanismos de defesa e adaptação, a sua mentalização e posterior comunicação sob a forma de imagens e emoções sentidas é uma condição que segundo DeTychey (2001) é essencial para o funcionamento resiliente a longo prazo.

Para o estudo da resiliência dos idosos, um dos critérios que na maior parte das vezes é salientado nas análises é o envelhecimento bem-sucedido. São propostos diferentes índices que aliam critérios objetivos, de saúde, de longevidade e de capacidades cognitivas a critérios subjetivos avaliados pelo próprio idoso como sensação de bem-estar e de satisfação (Inui, 2003).

Assim, para Rowe e Kahn (1999), uma velhice bem-sucedida aliada a um percurso resiliente, significa a ausência de doença ou de invalidez, ausência de *handicap*, um elevado nível de funcionamento mental e psicológico e a inserção social por meio de atividades e relações interpessoais. Diferentes critérios são evocados pelos investigadores como a crise de identidade estruturante, que sugere uma abordagem bipartida, a integridade versus o

desespero, em que o envelhecimento bem-sucedido é medido não apenas pela ausência de problemas, mas por indicadores de Bem-estar Subjetivo, como a satisfação com a vida, a felicidade, a moral, o contentamento, a qualidade de vida percebida ou outras medidas relacionadas negativamente como a depressão e a ansiedade (Wagnild, 2003).

A resiliência no idoso pode entender-se como o estudo dos traços de personalidade bem como formas de adaptação e estratégias de ajustamento na tentativa de especificar os modos de funcionamento que são característicos dos idosos considerados resilientes.

Noutra vertente pode-se dar relevância a um conceito difícil de estudar, como a sagacidade, apresentada como a faculdade própria do idoso que se desenvolve com a idade madura, a sagacidade é definida como a tendência para abordar positivamente as dificuldades da vida (Schmitt, 2004). A abordagem da velhice permanece sujeita, por vezes, às extrapolações não destituídas de idealismo e, ou estereótipos culturais que introduzem enviesamentos de que é preciso tomar precaução nas investigações.

### **Capítulo 3 – Autoestima e Bem-estar Subjetivo**

### 3.1. Autoestima

A Autoestima é um conceito desenvolvimental que se define como um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre o seu próprio valor, competência e adequação e se reflete numa atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo, o que implica autoaceitação, respeito por si próprio e sentimentos de valor próprio (Rosenberg, 1965).

Esta avaliação global traduz-se numa atitude de aprovação ou desaprovação de si próprio (Harter, 2003). De acordo com Rosenberg (1965), é possível fazer-se uma distinção entre autoestima global e autoestima específica, em que a autoestima global é definida como uma atitude positiva ou negativa que o indivíduo assume face a si mesmo, enquanto a autoestima específica define-se como sendo a atitude que o indivíduo assume face a um domínio em particular.

Considera-se um indivíduo com elevada autoestima, um indivíduo com valor, que se respeita a si próprio, aceita os seus defeitos, enquanto um indivíduo com autoestima reduzida tem dificuldades de autoaceitação, insatisfação consigo próprio e pouco respeito por si mesmo (Carrapiço, 2009).

A autoestima relaciona constructos psicológicos como o bem-estar (Sánchez & Barrón, 2003) e o autoconceito (Martín- Albo, Núñez, Navarro & Grijalvo, 2007) que é uma temática amplamente investigada no campo da psicologia da personalidade (Schmitt & Allik, 2005). A autoestima é vista como traço, reflete estabilidade durante um período de tempo e, como estado, reflete uma resposta a situações ou eventos de vida (Harter & Whitesell, 2003). Por outro lado sugere que o desenvolvimento deste atributo detenha descontinuidades ao invés de um curso estável ao longo do ciclo vital (Cole et al., 2001).

Não existe consenso na literatura em relação ao desenvolvimento da autoestima ao longo do ciclo de vida. Algumas investigações demonstram que o nível de autoestima tende a diminuir ao longo do ciclo de vida, na sequência das dramáticas mudanças nas circunstâncias pessoais e sociais que caracterizam a idade adulta e a velhice (Orth, Robins, Trzesniewski, Maes, & Schmitt, 2009; McMullin & Cairney, 2004; Trzesniewski, Robins, Roberts & Caspi, 2004; Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003; Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling & Potter, 2002) enquanto outras referem que o nível de autoestima tende a aumentar com a idade em consequência da diminuição da instabilidade e contingência da autoestima (Meier, Orth, Denissen & Kühnel, 2011).

A instabilidade da autoestima é definida como sendo o grau em que esta demonstra oscilações temporais ao longo de períodos relativamente curtos, como horas ou dias. Esta

instabilidade deve-se, por um lado, à experiência de uma série de acontecimentos positivos e negativos ao longo do dia, por outro deve-se às diferenças individuais ao nível da vulnerabilidade da autoestima. A autoestima para alguns pode ser mais influenciada por eventos do dia-a-dia do que para outros (Kernis, 2005). O conceito de instabilidade da autoestima está relacionado com o conceito de contingência da autoestima que é definida como sendo o grau em que a autoestima se reflete na resposta a acontecimentos relevantes (Kernis, 2005). A literatura refere que a autoestima se torna mais estável e menos contingente à medida que as pessoas envelhecem (Kernis, 2005).

Uma vez que as evidências científicas demonstram que a variabilidade afetiva e a reatividade diminuem com o aumento da idade, importa referir que as características afetivas são responsáveis pelas características correspondentes da autoestima no que confere à instabilidade de Afetos Positivos e Afetos Negativos e é preditora de maior instabilidade na autoestima (Kernis, 2005).

### **3.2. Bem-estar Subjetivo**

Para Diener (1984), o Bem-estar é um constructo tripartido e é subjetivo, porque varia de acordo com a experiência individual. Pressupõe medidas positivas e não apenas ausência de fatores negativos e inclui a avaliação global de todos os aspetos da vivência pessoal. O bem-estar subjetivo refere-se a avaliações cognitivas e afetivas que a pessoa faz acerca da sua vida, tais como a felicidade, infelicidade, satisfação com a saúde e outras áreas específicas. Diener e Fujita (1997) consideram que as pessoas com elevado bem-estar subjetivo apresentam uma tendência global para experimentar os acontecimentos de uma forma positiva. As emoções de orientação negativa própria das pessoas inseguras, externas, ambivalentes, pouco eficazes e depressivas, favorece o desenvolvimento de crenças negativas sobre si e o mundo, originando espirais desadaptadas. As pessoas que tendem a expressar emoções de orientação positiva são mais sensíveis aos sinais compensatórios e tendem a centrar-se nos objetivos a prosseguir (Lightsey, 1996).

O Bem-estar subjetivo integra um campo de estudo que procura compreender as avaliações que a pessoa faz da própria vida. Tem como principais tópicos de pesquisa a satisfação e a felicidade (Diener, Scollon & Lucas, 2003). Estas avaliações devem ser cognitivas, satisfações globais com a vida e devem incluir também uma análise pessoal sobre a frequência com que se experimentam emoções positivas e negativas. Para que seja relatado um nível de Bem-estar subjetivo adequado, é necessário que a pessoa reconheça que mantém um nível elevado de satisfação com a vida, uma alta frequência de experiências emocionais

positivas e uma baixa frequência de experiências emocionais negativas. Segundo Diener, Scollon e Lucas (2003), não se procura estudar estados psicológicos negativos ou patológicos, como a depressão, a ansiedade e o stresse, mas diferenciar os níveis de bem-estar que as pessoas conseguem alcançar na sua vida.

O envelhecimento é um processo diferenciado e inerente a cada pessoa ao ser marcado pelas diferentes formas de como se experienciam as vivências que o atravessam e por diferentes trajetórias de adaptação às consequências do avanço da idade.

Apesar de não existir unanimidade sobre o assunto, presentemente as investigações indicam que a componente emocional do Bem-estar subjetivo é bidimensional. As emoções positivas e as emoções negativas correspondem a duas dimensões diferentes, não sendo o extremo oposto uma da outra. Entre os argumentos a favor, destaca-se que os afetos positivos e negativos são influenciados por diferentes variáveis (Bradburn, cit. in Diener, Scollon & Lucas, 2003) e a presença de emoções positivas não implica a ausência de emoções negativas e vice-versa (MacLeod & Moore, 2005).

Tanto as emoções positivas como as negativas podem ser funcionais e adaptativas, desde que resultem da resposta e adaptação aos acontecimentos da vida. A vivência crónica de estados de euforia ou de tristeza, apesar dos acontecimentos da vida, é que se torna disfuncional. Pessoas mais felizes também vivenciam emoções negativas, ainda que com menor frequência (Diener, Scollon & Lucas, 2003). Pode-se dizer que o Bem-estar subjetivo é um conceito multidimensional (Galinha, 2008; Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos & Oliveira, 2003; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). A satisfação com a vida, as emoções positivas e as emoções negativas referem aspetos diferentes da mesma realidade e apresentam uma correlação forte entre si (Galinha & Ribeiro, 2005). O Bem-estar subjetivo corresponde a uma avaliação global que as pessoas fazem da sua vida e é um constructo moderadamente estável, que não se modifica radicalmente em função de fatores situacionais (Diener, Scollon & Lucas, 2003; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Eid & Diener, 2004; Galinha, 2008; Jesus, 2006).

A título de exemplo, num estudo longitudinal de 15 anos, verificou-se que a satisfação com a vida apresenta uma estabilidade moderada. O nível inicial de satisfação demonstrou ser um bom preditor do nível de satisfação com a vida ao longo dos 15 anos (Koivumaa-Honkanen, Kaprio, Honkanen, Viinamaki & Koskenvuo, 2005). No entanto, a estabilidade do Bem-estar subjetivo não significa insensibilidade às mudanças que ocorrem na

vida dos indivíduos (Eid & Diener, 2004; Diener, Scollon & Lucas, 2003), sendo a capacidade de adaptação dos sujeitos determinante nas oscilações do Bem-estar subjetivo (Novo, 2003).

Existem indicadores de que o envelhecimento é um período de menor Bem-estar subjetivo devido ao acumular de perdas consecutivas, como a viuvez, os deficits nas capacidades física e cognitiva, menor independência, diminuição da rede social, redução das atividades, conduzindo a uma perda objetiva da qualidade de vida (Pinquart, 2001; Rott, Jopp, D'Heureuse & Becker, 2006). Em contrapartida, outros estudos indicam que os idosos mantêm elevados níveis de Bem-estar subjetivo através do aumento da sua maturidade emocional que é a capacidade de regular eficazmente as emoções (Agin & Perkins, 2008; Rott, Jopp, D'Heureuse, & Becker, 2006; Pinquart, 2001).

Pinquart (2001) realizou uma meta-análise, verificando que os idosos demonstravam menos afetos positivos e mais afetos negativos. Noutro estudo, de cariz longitudinal Griffin, Mroczek e Spiro (2006) observaram que os afetos positivos diminuem com a idade. As emoções negativas demonstram um padrão diferente, em que até aos 70 anos diminuem começando a aumentar após esta idade.

Com o avançar da idade diminui a frequência das emoções de grande intensidade como a excitação, a raiva e a ansiedade, mas aumentam as emoções de menor intensidade como a depressão, a solidão e o sentir-se descontraído. É provável que esta alteração no padrão de intensidade das emoções resulte de uma menor reatividade emocional dos idosos, do aumento das perdas e do aumento do tempo passado sozinhos e sem ocupação. As perdas que geralmente afetam os indivíduos mais idosos dificultam a promoção do Bem-estar subjetivo (Pinquart, 2001).

Conjugando os dados disponíveis, alguns autores (Griffin, Mroczek & Spiro, 2006; Pinquart, 2001) defendem que a maior capacidade para regular as emoções resultante da maturidade emocional, podem favorecer o Bem-estar subjetivo até determinado ponto. Todavia, é possível que esta capacidade não seja suficiente para compensar o efeito negativo das perdas nos idosos mais velhos.

Por sua vez, Ross e Mirowsky (2008) referem que os idosos têm mais emoções positivas do que negativas. Os dados são suportados segundo a perspetiva da maturidade emocional em que os idosos apresentam mais emoções positivas do que negativas. Também comprovam o declínio da intensidade das emoções em que os idosos têm mais emoções passivas, como tristeza, vergonha e serenidade, do que ativas, como ansiedade, raiva e

orgulho. As emoções mais reportadas pelos idosos são as emoções positivas passivas, como a serenidade e o contentamento.

Em relação à componente cognitiva do Bem-estar subjetivo, a literatura não oferece uma resposta definitiva sobre a variância da satisfação com a vida na terceira idade. Com o avançar da idade começam a acumular-se perdas consecutivas, comprometendo a qualidade de vida e neste sentido é de esperar que a satisfação com a vida também diminua (Schilling, 2006).

Noutra investigação (Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002), numa amostra alargada, verificaram que a maioria dos idosos estava satisfeita com a sua vida. Encontraram diferenças significativas entre os idosos mais jovens e os mais velhos, com prejuízo para os últimos. Observaram uma diminuição do Bem-estar subjetivo nos idosos mais velhos. A partir dos 80 anos verifica-se uma diminuição do bem-estar, principalmente da satisfação com a vida e das emoções positivas. As emoções negativas são reveladoras de uma estabilidade ao longo da velhice. É de considerar que o declínio do Bem-estar subjetivo seja resultante do agravamento das condições de saúde, principalmente devido ao acréscimo de deficits funcionais e da comorbilidade (Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002).

Os indivíduos felizes e com valores elevados de Bem-estar Subjetivo resolvem melhor os problemas, desenvolvem relações sociais mais profundas, são mais resilientes ao stress (Frisch, cit. in Park, 2004) e estão mais motivados para a adoção de estratégias de coping adaptativas (Diener & Diener, cit. in McCullough, Huebner & Laughlin, 2000). Com baixos níveis de Bem-estar Subjetivo o indivíduo fica exposto a consequências negativas (McCullough, Huebner & Laughlin, 2000), mais suscetível de sofrer problemas psicológicos e sociais. O Bem-estar Subjetivo funciona como protetor nos momentos mais desgastantes e ameaçadores, segundo Park (2004). Kanning e Schlicht (2008) dizem que o Bem-estar Subjetivo é essencial para o envelhecimento com sucesso.

As tentativas de explicação do Bem-estar Subjetivo confluíram em dois grandes modelos teóricos, o *bottom-up* e o *top-down*. O modelo *bottom-up* defende a existência de necessidades básicas e universais que quando são preenchidas permitem que o indivíduo seja feliz. Considera-se as variáveis sociodemográficas como os principais preditores do Bem-estar Subjetivo (Jesus, 2006; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Todavia, a literatura tem indicado que as variáveis género, idade, estado civil e escolaridade explicam uma pequena percentagem da variância do Bem-estar Subjetivo (Galinha, 2008; Tkach & Lyubomirsky,

2006; Diener & Lucas, 2003; Lima, Simões, Vieira, Oliveira, Ferreira, Pinheiro & Matos, 2001; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener, Suh & Oishi, 1997).

Dentro das variáveis sociodemográficas, salienta-se que o estado civil consiste num fator importante, nomeadamente porque está relacionado com o suporte social, uma das principais variáveis explicativas do Bem-estar Subjetivo. As pessoas casadas ou a coabitarem com o cônjuge demonstram maior Bem-estar Subjetivo do que os sujeitos divorciados, viúvos ou que vivem sozinhos (Galinha, 2008; Argyle, 2003).

O modelo *top-down* pressupõe que a variância dos níveis de Bem-estar Subjetivo depende das características individuais que determinam a forma como os acontecimentos são percecionados. A personalidade é considerada a principal variável preditora do Bem-estar Subjetivo e os níveis de felicidade dependem da interpretação do sujeito face aos acontecimentos da vida (Jesus, 2006; Diener & Lucas, 2003; Lima et al., 2001; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Diener e Fujita (1997) referem que os indivíduos com níveis de Bem-estar Subjetivo mais elevados e que vivenciem mais acontecimentos positivos relatam os acontecimentos de natureza neutra ou ambígua, como positivos.

A literatura refere que para além da personalidade existe influência dos fatores ambientais e fatores intraindividuais como preditores do Bem-estar. É necessário reconhecer a inexistência de universalidade de um modelo teórico em relação ao Bem-estar Subjetivo, sendo importante compreender que é um fenómeno de natureza global e dinâmica (Galinha, 2008).

O Bem-estar Subjetivo é influenciado por variáveis como, a cultura (Diener, Oishi & Lucas, 2003), o suporte social, as competências sociais, a perceção de sucesso (Argyle, 2003; Carr, 2004), a autoestima, os valores e metas pessoais (Diener & Suh, 2003; Lima, et al., 2001; Diener & Fujita, 1997), o otimismo (Diener & Lucas, 2003) e as características sociodemográficas (McCullough, Huebner & Laughlin, 2000). Constatou-se que o Bem-estar subjetivo é determinado por fatores genéticos e por fatores ambientais (Galinha, 2008; Roysamb, Harris, Magnus, Vitterso & Tambs, 2002; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

A participação em atividades significativas também promove o Bem-estar Subjetivo, tornando-se relevante quando se enquadra na sequência de objetivos pessoais de forma autónoma e realista (Cantor & Sanderson, 2003). Os objetivos pessoais são importantes para o Bem-estar subjetivo, pelo que os idosos que estabelecem objetivos pessoais tendem a demonstrar maior nível de felicidade (Kanning & Schlicht, 2008; Dubé, Lapierre, Bouffard & Alain, 2007; Lapierre, Bouffard, Dubé, Labelle & Bastin, 2001) e a vivência de um

envelhecimento com sucesso (Kanning & Schlicht, 2008). A definição de objetivos atingíveis está associada com níveis de Bem-estar Subjetivo mais elevados, enquanto o estabelecimento de objetivos distantes ou difíceis se relacionam com níveis mais baixos de Bem-estar Subjetivo (Emmons, cit. in Diener & Fujita, 1997).

Alguns autores consideram ser essencial desenvolver programas de ajuda a idosos para estabelecerem e planearem a execução de objetivos pessoais, potenciando o seu Bem-estar Subjetivo (Dubé, Lapierre, Bouffard & Alain, 2007; Lapierre, Bouffard, Dubé, Labelle & Bastin, 2001), sendo que, este tipo de programas apresenta resultados positivos (Dubé, Lapierre, Bouffard & Alain, 2007).

O coping também se assume como uma variável relacionada com o Bem-estar Subjetivo (Lever, Piñol & Uralde, 2005). Moos e Holahan (2003) consideram que o coping influencia o bem-estar dos indivíduos. Os estilos de vida saudáveis também contribuem para níveis superiores de Bem-estar Subjetivo (Ribeiro & Cruz, 2008).

## **Parte II**

### **Estudo Empírico**

## **Capítulo 4 – Método**

#### **4.1.Objetivos e Hipóteses da Investigação**

Com esta investigação pretende-se verificar se a Resiliência enquanto fator protetor contribui para a relação entre Atividades Básicas da Vida Diária, a Autoestima e o Bem-estar Subjetivo dos idosos institucionalizados.

Neste sentido, o objetivo deste estudo é verificar se o fator protetor, em particular o grau de Resiliência, nas dimensões Perseverança, Sentido da Vida, Serenidade e Autossuficiência e Autoconfiança dos Idosos Institucionalizados contribuem ou influenciam o efeito que as Atividades Básicas da Vida Diária têm sobre a Autoestima, nas dimensões Orientação Positiva e Orientação Negativa e o seu Bem-estar Subjetivo, nas dimensões Afeto Positivo, Afeto Negativo, Satisfação com a Vida e Insatisfação com a Vida.

Neste sentido, construíram-se as seguintes hipóteses:

É esperado que os idosos que tomam a decisão de permanência no lar refiram maior independência nas Atividades Básicas da Vida Diária, mais Resiliência, melhor Autoestima e maior Bem-estar Subjetivo, quando comparados com os que não tomam essa decisão.

É esperado que a Resiliência tenha um efeito moderador na relação entre as Atividades Básicas da Vida Diária e a Autoestima.

E ainda, é esperado que a Resiliência tenha um efeito moderador na relação entre as Atividades Básicas da Vida Diária e o Bem-estar Subjetivo.

#### **4.2.Amostra**

A amostra foi recolhida em três instituições, em Sintra, o Centro de Bem Estar Social de Queluz, em Lisboa, o Lar de São João de Deus e em Loures, a Clínica de São José de Camarate, através de uma amostra de conveniência.

Participaram neste estudo 78 idosos institucionalizados, com idade superior a 65 anos e compreendidas entre os 68 anos e os 103 anos, sendo a média de idade de 82,15 (DP = 7,48). Da amostra total 31 são do género masculino (39,7%) e 47 são do género feminino (60,3%). Foram excluídos deste estudo 42 idosos, por não apresentarem registo adequado referente ao diagnóstico clínico na realização do Mini Mental State Examination (MMSE).

No que se refere à caracterização sociodemográfica por género e da amostra considerada, aos indivíduos do género masculino corresponde uma média de idade de 82,35 (DP = 6,38) e aos indivíduos do género feminino corresponde uma média de idade de 82,02 (DP = 8,19). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas  $t(78) = 2,729$ ;  $p > ,01$ , no que respeita aos anos de escolaridade, sendo que os do género masculino

apresentam uma média de 7,81 (DP = 4,37) comparativamente com os dos género feminino que têm uma média de 5,47 (DP = 3,20).

Relativo ao local onde foi educado, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas  $t(78) = 5,218$ ;  $p > ,01$ , em que foram educados na cidade 22 homens (28, 2%) e 9 foram educados no campo (11,5%), as mulheres 21 foram educadas na cidade (26,6%) e 26 foram educadas no campo (33,3%).

Nas restantes variáveis sociodemográficas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, conforme tabela 1.

**Tabela 1. Caraterização Sociodemográfica, por género.**

|                                     |                               | Homens<br>(n= 31) |       | Mulheres<br>(n= 47) |       | t        |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------|---------------------|-------|----------|
|                                     |                               | M                 | DP    | M                   | DP    |          |
| Idade                               |                               | 82,35             | 6,38  | 82,02               | 8,19  | ,191     |
| Anos de Escolaridade                |                               | 7,81              | 4,37  | 5,47                | 3,20  | 2,729**  |
| Tempo de permanência no Lar (meses) |                               | 23,26             | 21,77 | 33,11               | 40,21 | -1,397   |
|                                     |                               | Homens<br>(n= 31) |       | Mulheres<br>(n= 47) |       | $\chi^2$ |
|                                     |                               | N                 | %     | N                   | %     |          |
| Estado Civil                        |                               |                   |       |                     |       | ,975     |
|                                     | Solteiro                      | 1                 | 1,3   | 3                   | 3,8   |          |
|                                     | Casado/União Facto            | 6                 | 7,7   | 6                   | 7,7   |          |
|                                     | Divorciado                    | 3                 | 3,8   | 4                   | 5,1   |          |
|                                     | Viúvo                         | 21                | 26,9  | 34                  | 43,6  |          |
| Filhos                              |                               |                   |       |                     |       | ,174     |
|                                     | Não                           | 5                 | 6,4   | 6                   | 7,7   |          |
| Onde foi Educado                    | Sim                           | 26                | 33,3  | 41                  | 52,6  | 5,218*   |
|                                     | Cidade                        | 22                | 28,2  | 21                  | 26,6  |          |
| Decisão de permanência no Lar       | Campo                         | 9                 | 11,5  | 26                  | 33,3  | ,063     |
|                                     | Não                           | 11                | 14,1  | 18                  | 23,1  |          |
| Quem visita                         | Sim                           | 20                | 25,6  | 29                  | 37,2  | 1,002    |
|                                     | Familiares                    | 17                | 25,4  | 24                  | 35,8  |          |
| Quantas vezes tem visitas           | Amigos                        | 3                 | 4,5   | 5                   | 7,5   | 7,680    |
|                                     | Familiares e Amigos           | 5                 | 7,5   | 13                  | 19,4  |          |
|                                     |                               |                   |       |                     |       |          |
|                                     | Uma vez por semana            | 3                 | 4,5   | 15                  | 22,4  |          |
|                                     | Duas ou mais vezes por semana | 13                | 19,4  | 18                  | 26,9  |          |
|                                     | Uma vez em cada duas semanas  | 0                 | 0,0   | 1                   | 1,5   |          |
|                                     | Uma vez por mês               | 8                 | 11,9  | 5                   | 7,5   |          |
|                                     | Raramente                     | 1                 | 1,5   | 3                   | 4,5   |          |

(Continua)

| (Continuação)             |                |                   |      |                     |      |
|---------------------------|----------------|-------------------|------|---------------------|------|
|                           |                | Homens<br>(n= 31) |      | Mulheres<br>(n= 47) |      |
|                           |                | N                 | %    | N                   | %    |
| Existem Atividades no Lar | Não            | 9                 | 11,5 | 17                  | 21,8 |
|                           | Sim            | 22                | 28,2 | 30                  | 38,5 |
| Medicação                 |                |                   |      |                     |      |
|                           | SNC            | 3                 | 3,8  | 2                   | 2,6  |
|                           | Cardiovascular | 21                | 26,9 | 22                  | 28,2 |
|                           | Sangue         | 1                 | 1,3  | 4                   | 5,1  |
|                           | Respiratório   | 1                 | 1,3  | 9                   | 11,5 |
|                           | Digestivo      | 1                 | 1,3  | 1                   | 1,3  |
|                           | Locomotor      | 4                 | 5,1  | 9                   | 11,5 |

Legenda :  $\chi^2 (3) = ,975; p > ,05$ ; \*  $p \leq ,05$ ; \*\*  $p \leq ,01$ .

### 4.3. Instrumentos

A recolha de dados demográficos tem por base um questionário efetuado ao idoso, baseada numa entrevista semiestruturada, referentes a idade, género, anos de escolaridade completos, profissão, estado civil, se tem filhos, durante a infância onde foi educado, há quanto tempo está no lar, se a permanência no lar foi por decisão própria, se habitualmente tem visitas e quantas vezes, se no lar existem atividades de tempos livres, em que atividades participa, o equilíbrio Psico-emocional, se teve traumatismo Crânio-encefálico e que medicação toma, conforme protocolo em anexo.

#### 4.3.1. Rastreio Cognitivo

Para avaliar o estado mental atual de todos os participantes foi aplicado o MMSE - Mini Mental State Examination (Folsteins, Folstein & McHugh, 1975; versão adaptada por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 2007) composto por 24 itens repartidos em duas partes em que a primeira requer apenas respostas verbais de orientação, memória e atenção e a segunda respostas às atividades de nomeação, cumprimento de ordens, escrita espontânea e cópia de um polígono complexo. A cotação máxima de 30 pontos, indica ausência de deficit cognitivo e o ponto de corte para a população portuguesa situa-se nos 15 pontos para indivíduos analfabetos, nos 22 pontos para os indivíduos com escolaridade entre um e 11 anos e nos 27 pontos para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos. Na investigação a prova é aplicada como prova de rastreio cognitivo, não sendo considerados válidos os indivíduos que apresentem deficit cognitivo.

#### 4.3.2. Atividades Básicas da Vida Diária

Para avaliar as capacidades funcionais do sujeito para a realização das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) nas dimensões de mobilidade e autocuidados foi aplicado o

Índice de *Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965; versão adaptada por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). O Índice de *Barthel* é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

A pontuação total da escala decorre de zero a 100 em que o valor zero traduz uma dependência total para todas as Atividades Básicas da Vida Diária e o 100 corresponde à independência nestes domínios, com “ponto de viragem” aos 60 pontos. O estudo das propriedades psicométricas deste instrumento revela que é um instrumento com um nível de fidelidade elevado, *alpha de Cronbach* de ,96. Constitui uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas de uma forma objetiva nos serviços de saúde e no contexto comunitário.

#### **4.3.3. Resiliência**

Para avaliar a resiliência foi aplicada *The Resilience Scale*, (Wagnild, & Young, 1993; adaptada para a população adulta portuguesa por Ng Deep & Pereira, 2012) que se propõe medir uma variável psicológica considerada como um potencial presente em cada indivíduo desenvolvido em função do ciclo da vida, das fases do desenvolvimento psicológico e das circunstâncias ambientais, que avalia o grau de resiliência individual enquanto característica positiva da personalidade e promotora da adaptação. Na versão original, esta escala procura medir níveis de adaptação psicossocial positiva em situações e eventos de vida adversos através de 25 itens descritos de forma positiva com respostas tipo *Likert*, numa escala ordinal desde 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os valores totais resultam do somatório dos valores das respostas obtidas e podem variar entre 25 a 175, em que valores altos equivalem a elevada resiliência e baixos valores equivalem a baixa resiliência.

A adaptação desta medida teve uma equivalência linguística/concetual e validação psicométrica com *alpha de Cronbach* ,86 para 23 itens, sugerindo consistência interna. Na adaptação da medida para a população adulta portuguesa foram retirados dois itens à versão original. A análise fatorial agrupou 23 variáveis em 4 fatores: I – Perseverança (Itens 7, 12, 15, 16, 17, 21, 22); II – Sentido de vida (Itens 3, 5, 8, 13, 14, 19); III – Serenidade (Itens 6, 9, 10, 11, 20); IV – Autossuficiência e Autoconfiança (Itens 1, 2, 4, 18, 23), com valores *alpha de Cronbach* satisfatórios para cada fator. A escala revela boas qualidades psicométricas aferindo níveis de resiliência na população adulta.

#### 4.3.4. Autoestima

Para avaliar a autoestima aplicou-se a RSES - Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Adaptado por Santos & Maia, 2003) construída como uma Escala de *Guttman*, o que significa que os itens procuram representar um *continuum* de afirmações sobre o valor pessoal, desde afirmações típicas de sujeitos com baixa autoestima a afirmações que decorrem de uma valorização elevada da autoestima. A Escala de *Guttman* avalia a autoestima através do preenchimento de dez itens, sendo este constructo entendido de forma unidimensional, avaliado numa escala do tipo *likert* de 4 pontos, em que 1 corresponde a “concordo fortemente” e 4 corresponde a “discordo fortemente”. Cinco dos itens correspondem a aspetos negativos e os restantes a aspetos positivos (Pais-Ribeiro, 2007). Os itens são formulados na positiva, itens de Orientação Positiva (Itens 1, 3, 4, 7, 10) ou negativa, itens de Orientação Negativa (Itens 2, 5, 6, 8, 9) de forma alternada para que haja diminuição do enviesamento nas respostas. Os resultados variam entre 10 e 40, sendo que os valores mais altos refletem uma autoestima elevada e os valores mais baixos refletem uma autoestima baixa. A consistência interna da RSES avaliada com o *alpha de Cronbach* foi de ,86. É um instrumento de medida breve, global e unidimensional da autoestima aplicado a pessoas de qualquer idade (Pais-Ribeiro, 2007).

#### 4.3.5. Bem-estar Subjetivo

Para avaliar o Bem-Estar Subjetivo aplicou-se a EBES - Escala de Bem-Estar Subjetivo (Albuquerque & Tróccoli, 2004) composta por 62 itens. Na primeira parte da escala, os itens vão do número 1 ao 47 e descrevem afetos positivos e negativos, devendo o sujeito responder como se tem sentido ultimamente numa escala em que 1 significa nem um pouco e 5 significa extremamente. Na segunda parte da escala, os itens vão do número 1 ao 15 e descrevem julgamentos relativos à avaliação de satisfação ou insatisfação com a vida, devendo ser respondidos numa escala em que 1 significa discordo plenamente e 5 significa concordo plenamente. Estes itens foram divididos em três fatores: afeto positivo (Itens 3, 4, 6, 7, 10, 11, 14, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 37, 39, 41, 42, 43) com um *alpha de Cronbach* de ,95, afeto negativo (Itens 1, 2, 5, 8, 9, 12, 13, 15, 17, 20, 23, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 44, 45, 46, 47) com um *alpha de Cronbach* de ,95 e satisfação com a vida (Itens 48, 49, 50, 53, 54, 55, 61, 62) versus insatisfação com a vida (Itens 51, 52, 56, 57, 58, 59, 60) com um *alpha de Cronbach* de ,90 (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Na revisão teórica Albuquerque e Tróccoli (2004) descrevem o afeto positivo como um prazer puro, num determinado momento que traz entusiasmo e vontade de agir. Apontam ainda que é um

sentimento transitório ligado mais a um estado emocional do que a um processo cognitivo. Segundo estes autores, o afeto negativo refere-se a um estado transitório mas que inclui emoções desagradáveis como ansiedade, depressão, agitação, aborrecimento, pessimismo e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes. A dimensão satisfação com a vida envolve julgamento cognitivo em que a pessoa avalia um domínio da própria vida de acordo com critérios pessoais, que podem estar ligados a circunstâncias da vida do sujeito ou a um padrão ou modelo por ele eleito. Observa-se também neste instrumento de avaliação do bem-estar a divisão entre as dimensões que avaliam estado emocional, afeto positivo e negativo, e dimensões de avaliação cognitiva, satisfação e insatisfação com a vida.

#### **4.4. Procedimento**

No início da investigação foi entregue por escrito, e em mão, um pedido de autorização às instituições (anexo I). Foi solicitado a todos os participantes um pedido de consentimento informado. A entrevista aos participantes foi feita numa sala cedida pela instituição, que permitiu respeitar o princípio da privacidade e a confidencialidade. Além da apresentação dos objetivos do estudo foram garantidos os princípios de anonimato, reserva e sigilo dos dados recolhidos.

No presente estudo, a aplicação dos instrumentos foi realizada pelo investigador que lia a instrução do protocolo e assinalava a resposta dada pelo idoso.

Foi solicitado aos participantes que respondessem aos dados demográficos. Foi aplicado a todos os participantes o MMSE, seguido do Índice de *Barthel*, *The Resilience Scale*, da RSES, e por fim a EBES (anexo II). A recolha dos dados foi individual. O tempo médio de aplicação do protocolo de avaliação foi de 60 minutos.

Quanto à metodologia, o desenho de investigação foi experimental. Em relação ao tempo foi transversal, só foi aplicado uma única vez, e atual quanto ao tipo de avaliação, avaliou a forma como o participante se sentia aquando da aplicação das escalas.

O procedimento estatístico foi efetuado através do suporte informático, IBM *Statistical Package for Social Sciences*, versão 21 (SPSS 21).

Após análise cuidada dos protocolos foram excluídos os questionários que não estavam em conformidade, e não foram considerados válidos os protocolos cujos indivíduos apresentaram deficit cognitivo resultante da aplicação do MMSE. Todos os dados dos protocolos de avaliação válidos foram introduzidos numa folha Excel e exportados para SPSS, onde foi efetuado todo o tratamento estatístico.

## **Capítulo 5 – Apresentação dos Resultados**

## 5.1. Resultados

Numa análise preliminar pretendeu-se verificar se existem diferenças entre médias por género nas dimensões Rastreio Cognitivo, Atividades Básicas da Vida Diária, de Resiliência nas dimensões Perseverança, Sentido de Vida, Serenidade e Autossuficiência e Autoconfiança, de Autoestima nas dimensões Orientação Positiva e Orientação Negativa e de Bem-estar Subjetivo nas dimensões Afeto Positivo, Afeto Negativo, Satisfação com a Vida e Insatisfação com a Vida.

Para tal utilizou-se o teste paramétrico *t-student* para amostras independentes, de que resultou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre género para todas as dimensões para um  $p \leq ,05$ , o que levou a que não fosse considerado o género em análises posteriores (tabela 2).

**Tabela 2. Médias, Desvio Padrão e diferenças entre género nas dimensões Rastreio Cognitivo, Atividades Básicas da Vida Diária, Resiliência, Autoestima e Bem-estar Subjetivo.**

|                                          |                                  | Homens<br>(n= 31) |       | Mulheres<br>(n= 47) |       | <i>t</i> |
|------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|-------|---------------------|-------|----------|
|                                          |                                  | M                 | DP    | M                   | DP    |          |
| Rastreio Cognitivo                       |                                  | 27,55             | 2,42  | 27,34               | 2,20  | ,393     |
| Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) |                                  | 66,94             | 36,74 | 58,40               | 36,61 | 1,006    |
| Resiliência                              |                                  |                   |       |                     |       |          |
|                                          | Perseverança                     | 5,34              | 1,20  | 5,32                | ,90   | ,099     |
|                                          | Sentido de vida                  | 5,39              | 1,50  | 5,73                | ,96   | -1,129   |
|                                          | Serenidade                       | 5,51              | ,94   | 5,56                | ,69   | -,264    |
|                                          | Autossuficiência e Autoconfiança | 4,69              | 1,23  | 4,54                | 1,12  | ,559     |
| Autoestima                               |                                  |                   |       |                     |       |          |
|                                          | Orientação Positiva              | 2,01              | ,55   | 1,97                | ,36   | ,379     |
|                                          | Orientação Negativa              | 3,17              | ,70   | 3,18                | ,47   | -,032    |
| Bem-Estar Subjetivo                      |                                  |                   |       |                     |       |          |
|                                          | Afeto Positivo                   | 3,29              | ,90   | 3,40                | ,74   | -,586    |
|                                          | Afeto Negativo                   | 1,56              | ,68   | 1,65                | ,58   | -,643    |
|                                          | Satisfação com a vida            | 3,88              | ,76   | 3,84                | ,57   | ,247     |
|                                          | Insatisfação com a vida          | 2,52              | ,74   | 2,39                | ,75   | ,736     |

Para analisar se existem diferenças entre médias relativamente à decisão própria de permanência no lar nas dimensões Atividades Básicas da Vida Diária, Resiliência, Autoestima e Bem-estar subjetivo, em cada uma das respetivas dimensões utilizou-se o teste paramétrico *t-student* para amostras independentes, conforme Tabela 3.

**Tabela 3. Médias, Desvio Padrão e diferenças entre a decisão própria (não/sim) de permanência no lar nas dimensões Atividades Básicas da Vida Diária, Autoestima, Resiliência e Bem-estar Subjetivo.**

|                                          | Não<br>(n= 29) |       | Sim<br>(n= 49) |       | t         |
|------------------------------------------|----------------|-------|----------------|-------|-----------|
|                                          | M              | DP    | M              | DP    |           |
| Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) | 36,38          | 31,22 | 76,84          | 31,09 | -5,546*** |
| Resiliência                              |                |       |                |       |           |
| Perseverança                             | 5,08           | ,91   | 5,47           | 1,06  | -1,665    |
| Sentido de vida                          | 5,59           | ,94   | 5,60           | 1,35  | -,012     |
| Serenidade                               | 5,46           | ,71   | 5,59           | ,85   | -,672     |
| Autossuficiência e Autoconfiança         | 3,95           | 1,11  | 4,98           | 1,01  | -4,209*** |
| Autoestima                               |                |       |                |       |           |
| Orientação Positiva                      | 2,05           | ,38   | 1,95           | ,48   | ,930      |
| Orientação Negativa                      | 3,14           | ,51   | 3,20           | ,61   | -,463     |
| Bem-Estar Subjetivo                      |                |       |                |       |           |
| Afeto Positivo                           | 3,23           | ,68   | 3,43           | ,87   | -1,041    |
| Afeto Negativo                           | 1,69           | ,58   | 1,57           | ,65   | ,824      |
| Satisfação com a vida                    | 3,79           | ,54   | 3,89           | ,71   | -,622     |
| Insatisfação com a vida                  | 2,56           | ,74   | 2,37           | ,75   | 1,116     |

Legenda: \*\*\* $p \leq ,001$

Da análise deste teste resultaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão Atividades Básicas da Vida Diária,  $t(78) = -5,546$ ,  $p \leq ,001$ , em que para a ausência de decisão para permanecer no lar tem uma média de 36,38 (DP=31,22) inferior comparativamente com a decisão própria de permanência no lar que apresenta uma média de 76,84 (DP=31,09).

Existem diferenças estatisticamente significativas na escala Resiliência na dimensão Autossuficiência e Autoconfiança,  $t(78) = -4,209$ ,  $p \leq ,001$ , sendo os resultados para a não decisão própria de permanência no lar (M=3,95, DP=1,11) inferiores aos valores de decisão própria de permanência no lar (M=4,98, DP=1,00). Desta análise como somente resultaram duas dimensões estatisticamente significativas na decisão própria de permanência no lar, levou a que não fosse considerada esta variável em análises posteriores.

Para testar o efeito de moderação da Resiliência na relação entre as Atividades Básicas de Vida Diária e a Autoestima e o Bem-Estar Subjetivo, os procedimentos paramétricos utilizados foram seis análises de regressão linear múltipla hierárquica, em blocos. A escolha pela regressão linear múltipla está relacionada com o facto da variável focal e a variável moderadora serem quantitativas. A inclusão de um moderador quantitativo no modelo estatístico, ao invés de uma discretização, permitiu não perder a informação contida na variável (Royston, Altman & Sauerbrei, 2006; Aiken & West, 1991). Tanto a variável focal, como a moderadora, foram previamente centradas à média para reduzir a

multicolinearidade entre o produto dos termos que o compõem (Rosa, Esteves & Arriaga, 2015; Tabachnick & Fidell, 2001).

Foram executadas duas regressões lineares múltiplas para examinar um possível efeito da Resiliência na interação entre as Atividades Básicas da Vida Diária e as duas dimensões da Autoestima, a Orientação Positiva e a Orientação Negativa (Tabela 4).

**Tabela 4. Efeito das Atividades Básicas de Vida Diária na Orientação Positiva e na Orientação Negativa moderado pela Resiliência (n = 78).**

| Variável       | Orientação positiva |       |              |          |            | Orientação negativa |       |              |          |            |
|----------------|---------------------|-------|--------------|----------|------------|---------------------|-------|--------------|----------|------------|
|                | <i>beta</i>         | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $F$      | $\Delta F$ | <i>beta</i>         | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $F$      | $\Delta F$ |
| <i>Bloco 1</i> |                     | ,519  |              | 40,42*** |            |                     | ,536  |              | 43,25*** |            |
| ABVD           | ,61                 |       |              |          |            | ,45                 |       |              |          |            |
| Resiliência    | -,73***             |       |              |          |            | ,73***              |       |              |          |            |
| <i>Bloco2</i>  |                     | ,532  | ,013         | 27,28*** | 2,02       |                     | ,553  | ,017         | 30,51*   | 2,86       |
| ABVD           | ,45                 |       |              |          |            | ,54                 |       |              |          |            |
| Resiliência    | -,68***             |       |              |          |            | ,68***              |       |              |          |            |
| ABVD           |                     |       |              |          |            |                     |       |              |          |            |
| x              | -,12                |       |              |          |            | ,14                 |       |              |          |            |
| Resiliência    |                     |       |              |          |            |                     |       |              |          |            |

\* $p < ,0$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$

Relativamente à Orientação Positiva, verificou-se, no bloco 1, que apenas a resiliência é preditor significativo ( $beta = -,73$ ;  $t(78) = -8,98$ ,  $p < ,001$ ). As Atividades Básicas da Vida Diária não se revelaram um preditor significativo da Orientação Positiva ( $beta = ,61$ ;  $t(78) = ,73$ ,  $p = ,454$ ). Estas duas variáveis explicam, conjuntamente, 51,9% da variância da orientação positiva  $F(2,75) = 40,42$ ,  $p < ,001$ . No bloco 2, a introdução do termo de interação não incrementou significativamente a percentagem de variância explicada  $\Delta R^2 = ,013$ ;  $\Delta F(1,74) = 2,02$ ,  $p = ,160$ , permitindo concluir que a resiliência não modera a relação entre as Atividades Básicas de Vida Diária e a orientação positiva.

No que concerne à Orientação Negativa, verificou-se um padrão idêntico nos resultados. No bloco 1, foi verificado que apenas a resiliência é preditor significativo ( $beta = ,73$ ;  $t(78) = 9,14$ ,  $p < ,001$ ). Novamente, os resultados revelaram que as Atividades Básicas de Vida Diária não são preditor significativo da Orientação Negativa ( $beta = ,36$ ;  $t(78) = ,45$ ;  $p = ,655$ ). Estas duas variáveis explicam, conjuntamente, 53,6% da variância da orientação

negativa  $F(2,75) = 43,25$ ,  $p < ,001$ . No bloco 2, a introdução do termo de interação não incrementou significativamente a percentagem de variância explicada  $\Delta R^2 = 0,017$ ;  $\Delta F(1,74) = 2,86$ ;  $p = ,095$ , permitindo concluir, a resiliência como um fator não moderador na relação entre as Atividades Básicas de Vida Diária e a Orientação Negativa.

Em síntese, não existe efeito de moderação da Resiliência porque não foi verificado a existência de uma relação entre Atividades Básicas da Vida Diária e Autoestima.

Analogamente para o Bem-estar Subjetivo foram executadas quatro regressões lineares múltiplas para averiguar uma possível interação da Resiliência entre as Atividades Básicas de Vida Diária e as quatro dimensões do Bem-estar Subjetivo, a Afetividade Positiva, a Afetividade Negativa, a Satisfação com a Vida e a Insatisfação com a Vida (Tabela 5).

Para Afetividade Positiva, os resultados revelaram, no bloco 1, que apenas a Resiliência é preditor significativo ( $\beta = ,90$ ;  $t(78) = 17,38$ ,  $p < ,001$ ). As Atividades Básicas de Vida Diária não se revelaram um preditor significativo da Afetividade Positiva ( $\beta = -,16$ ;  $t(78) = -0,308$ ,  $p = ,759$ ). Estas duas variáveis explicam, conjuntamente, 80,3% da variância da Afetividade Positiva  $F(2,75) = 153,25$ ,  $p < ,001$ . No bloco 2, a introdução do termo de interação não aumentou a percentagem de variância explicada pelo modelo de regressão  $\Delta R^2 = 0,00$ ;  $\Delta F(1,74) = ,00$ ,  $p = ,940$ , indicando que a Resiliência não modera a relação entre as Atividades Básicas da Vida Diária e a Afetividade Positiva.

Em relação à Afetividade Negativa, os resultados foram similares aos da Afetividade Positiva, no sentido de, no bloco 1, ter-se verificado que a resiliência é o único preditor significativo ( $\beta = -,70$ ;  $t(78) = -8,76$ ,  $p < ,001$ ). Uma vez mais, os resultados mostraram que as Atividades Básicas de Vida Diária não são um preditor significativo ( $\beta = -,10$ ;  $t(78) = -1,22$ ,  $p = ,225$ ). Estas duas variáveis, explicam, conjuntamente, 51,1% da variância da Afetividade Negativa de forma direta  $F(2,75) = 41,43$ ,  $p < ,001$ . A introdução do termo de interação no bloco 2 não aumentou significativamente a percentagem de variância explicada  $\Delta R^2 = ,002$ ;  $\Delta F(1,74) = ,33$ ;  $p = ,566$ , permitindo concluir, a Resiliência como um fator não moderador na relação entre as Atividades Básicas de Vida Diária e a Afetividade Negativa.

Para a Satisfação com a Vida, verificou-se, no bloco 1, que somente a Resiliência é preditor significativo ( $\beta = ,86$ ;  $t(78) = 14,36$ ,  $p < ,001$ ). As Atividades Básicas de Vida Diária não se revelaram um preditor significativo da Satisfação com a Vida ( $\beta = -,48$ ;  $t(78) = -,791$ ,  $p = ,431$ ).

**Tabela 5. Efeito das Atividades Básicas de Vida Diária nas dimensões de Bem-estar Subjetivo, Afetividade Positiva, Afetividade Negativa, Satisfação com a Vida e Insatisfação com a Vida moderado pela Resiliência (n = 78).**

| Variável<br>Preditora | Afetividade positiva |                       |              |           |            | Afetividade Negativa |                       |              |          |            | Satisfação com a Vida |                       |              |           |            | Insatisfação com a Vida |                       |              |          |            |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|--------------|-----------|------------|----------------------|-----------------------|--------------|----------|------------|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------|------------|-------------------------|-----------------------|--------------|----------|------------|
|                       | <i>beta</i>          | <i>R</i> <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ | <i>F</i>  | $\Delta F$ | <i>beta</i>          | <i>R</i> <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ | <i>F</i> | $\Delta F$ | <i>beta</i>           | <i>R</i> <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ | <i>F</i>  | $\Delta F$ | <i>beta</i>             | <i>R</i> <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ | <i>F</i> | $\Delta F$ |
| <b>Bloco 1</b>        |                      | ,803                  |              | 153,25*** |            |                      | ,525                  |              | 41,43*** |            |                       | ,735                  |              | 103,84*** |            |                         | ,575                  |              | 50,64*** |            |
| ABVD                  | -,16                 |                       |              |           |            | -,10                 |                       |              |          |            | -,05                  |                       |              |           |            | -,08                    |                       |              |          |            |
| Resiliência           | ,90***               |                       |              |           |            | ,70***               |                       |              |          |            | ,86***                |                       |              |           |            | ,74***                  |                       |              |          |            |
| <b>Bloco 2</b>        |                      | ,532                  | ,000         | 100,81*** | ,00        |                      | ,527                  | ,002         | 27,48*** | ,33        |                       | ,741                  | ,007         | 70,74***  | 1,93       |                         | ,577                  | ,002         | 33,65*** | ,43        |
| ABVD                  | -,02                 |                       |              |           |            | -,11                 |                       |              |          |            | -,04                  |                       |              |           |            | -,08                    |                       |              |          |            |
| Resiliência           | ,90***               |                       |              |           |            | -,69***              |                       |              |          |            | ,83***                |                       |              |           |            | ,72***                  |                       |              |          |            |
| ABVD                  |                      |                       |              |           |            |                      |                       |              |          |            |                       |                       |              |           |            |                         |                       |              |          |            |
| x                     | ,00                  |                       |              |           |            | -,05                 |                       |              |          |            | ,09                   |                       |              |           |            | -,05                    |                       |              |          |            |
| Resiliência           |                      |                       |              |           |            |                      |                       |              |          |            |                       |                       |              |           |            |                         |                       |              |          |            |

\*  $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\*  $p < ,001$

Estas duas variáveis explicam, em conjunto, 72,8% da variância da Satisfação com a Vida  $F(2,75) = 103,85$ ,  $p < ,001$ . No bloco 2, a introdução do termo de interação não incrementou significativamente a percentagem de variância explicada  $\Delta R^2 = 0,007$ ;  $\Delta F(1,74) = 1,93$ ,  $p = ,168$ .

Relativamente à dimensão Insatisfação com a Vida, verificou-se, no bloco 1, que a Resiliência é o único fator preditor significativo ( $\beta = - ,74$ ;  $t(78) = - 9,77$ ,  $p < ,001$ ). Novamente, os resultados revelaram que as Atividades Básicas de Vida Diária não são um preditor significativo da Insatisfação com a Vida ( $\beta = - ,08$ ;  $t(78) = - 1,01$ ,  $p = ,314$ ). Estas duas variáveis explicam, conjuntamente, 56,3% da variância da Insatisfação com a Vida  $F(2,75) = 50,64$ ,  $p < ,001$ . No bloco 2, a introdução do termo de interação não aumentou significativamente a percentagem de variância explicada pelo modelo  $\Delta R^2 = ,002$ ;  $\Delta F(1,74) = ,43$ ,  $p = ,512$ , permitindo concluir que a Resiliência não modera a relação entre as Atividades Básicas da Vida Diária e a Insatisfação com a Vida.

Em síntese, não existe efeito de moderação da Resiliência porque não foi verificado a existência de uma relação entre Atividades Básicas da Vida Diária e o Bem-estar Subjetivo.

## **Capítulo 6 - Discussão dos Resultados**

## 6.1. Discussão dos Resultados

Esta investigação teve como objetivo verificar de que forma a Resiliência dos Idosos Institucionalizados, enquanto fator protetor, contribui para a relação entre as Atividades Básicas da Vida Diária e a sua Autoestima e o seu Bem-estar Subjetivo.

Considerou-se pertinente interpretar os dados mais significativos à luz da moldura conceitual em que assenta esta investigação, tendo como ponderação o objetivo e as hipóteses, assim como os resultados obtidos de outras investigações contextualizadas. A análise comparativa dos resultados, no que diz respeito ao envelhecimento, revelou a não existência de diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao Género, nas dimensões Rastreio Cognitivo, Atividades Básicas da Vida Diária, Resiliência, Autoestima e Bem-estar Subjetivo.

Na tentativa de perceber se existem diferenças entre a decisão própria de permanência no lar e as Atividades Básicas de Vida Diária, a Resiliência, a Autoestima e o Bem-estar Subjetivo, emergem apenas diferenças estatisticamente significativas relativamente às Atividades Básicas de Vida Diária e à dimensão Autossuficiência e Autoconfiança da escala de Resiliência.

É desta forma possível explicar que o idoso toma a decisão de permanência no lar por si, e aceita esta nova condição quando se trata de uma necessidade, quando percebe que tem dificuldades ao nível das Atividades Básicas da Vida Diária e se torna mais resiliente quando está em causa a sua autossuficiência e autoconfiança.

Como é sustentado por Guedes (2014), o internamento num lar está relacionado com perda de autonomia física, psicológica, económica ou emocional, e para a maioria dos idosos a hipótese de ingressar num lar não é equacionada ao longo da vida, fazendo com que esta possibilidade ocorra como o resultado da escolha de um mal menor ou mesmo por uma situação de dependência.

Tendo em conta o objetivo deste estudo de verificar se a Resiliência enquanto fator protetor, contribui para a Autoestima e o Bem-estar Subjetivo dos idosos institucionalizados, o que implica uma sequência temporal, através das análises de moderação, resultou que a Resiliência, apesar de ser um preditor significativo, não modera a relação entre as Atividades Básicas da Vida Diária e a Autoestima e o Bem-estar Subjetivo em cada uma das respetivas dimensões.

Verificou-se que as Atividades Básicas de Vida Diária não têm efeito preditor sobre a autoestima, pelo que a Resiliência não tem efeito moderador da relação entre as Atividades de Vida Diária e a Autoestima. No entanto, a Resiliência tem um efeito preditor sobre a Autoestima com uma relação de um para dois, em que a Resiliência tem um efeito significativo sobre a Autoestima. Neste sentido, é permitido afirmar que a Resiliência aumenta a Autoestima.

Esta constatação é sustentada pelo referencial teórico, quando Rutter e Quinton (1984) afirmam que a autoeficácia, estabelecimento e manutenção da autoestima, atividade criativa, redução de reações negativas em cadeia, diminuição de riscos e agentes stressores, são mecanismos de proteção que aumentam com um elevado nível de resiliência, permitindo aos indivíduos atribuírem novos significados conduzindo-os para uma vida mais ajustada.

Apurou-se também que as Atividades Básicas da Vida Diária não têm efeito preditor sobre o Bem-Estar Subjetivo, e que a Resiliência não tem efeito de moderação na relação entre as Atividades Básicas da Vida Diária e o Bem-estar Subjetivo. No entanto, mais uma vez a Resiliência tem um efeito preditor sobre o Bem-estar Subjetivo, na medida em que tem um efeito significativo sobre o mesmo. Logo conclui-se que a Resiliência aumenta o Bem-estar Subjetivo.

A população idosa estudada, apesar de se encontrar numa fase da vida marcada por adversidades, revela capacidade de adaptação às mudanças inerentes ao envelhecimento, verificando-se que são os aspetos multifatoriais e não as Atividades Básicas da Vida Diária, condição para um desenvolvimento satisfatório. Estes resultados vão ao encontro de perspetivas defendidas por Aguerre (2002) ao indicarem que a resiliência é a capacidade de ultrapassar a adversidade graças aos recursos psicológicos e que os idosos conseguem níveis de Bem-estar Subjetivo, apesar das dificuldades ligadas à idade.

Assim, podem-se explicar estes resultados através do referencial teórico apresentado por Kernis (2005) que refere que a Autoestima de alguns pode ser mais influenciada por eventos do dia-a-dia do que para outros, e através da relação do conceito de instabilidade da Autoestima com o conceito de contingência da Autoestima que é definida como sendo o grau em que esta se reflete na resposta a acontecimentos relevantes.

Uma vez que as evidências científicas demonstram que a variabilidade afetiva e a reatividade diminuem com o aumento da idade, importa referir que as características afetivas são responsáveis pelas características correspondentes da Autoestima no que confere à

instabilidade de Afetos Positivos e Afetos Negativos e é preditora de maior instabilidade na Autoestima (Kernis, 2005).

Também neste estudo não é perceptível se o nível de Autoestima tende a diminuir no envelhecimento, na sequência das dramáticas mudanças nas circunstâncias pessoais e sociais que caracterizam a velhice (Orth, Robins, Trzesniewski, Maes, & Schmitt, 2009; McMullin & Cairney, 2004; Trzesniewski, Robins, Roberts, & Caspi, 2004; Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003; Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling, & Potter, 2002) ou se o nível de Autoestima tende a aumentar com a idade em consequência da diminuição da instabilidade e contingência da mesma (Meier, Orth, Denisse, & Kühnel, 2011).

Verificou-se que a resiliência, em todas as suas dimensões, Perseverança, Sentido de Vida, Serenidade e Autossuficiência e Autoconfiança, aumenta conforme aumenta o Bem-estar Subjetivo nas dimensões Afeto Positivo e Satisfação com a Vida e tem um efeito negativo, ou seja diminui nas dimensões Afeto Negativo e Insatisfação com a Vida.

Os resultados da associação da dimensão Resiliência com a dimensão Bem-estar Subjetivo indicam que a população idosa em estudo consegue fazer uso dos fatores de proteção que lhe permite reduzir os impactos inerentes ao envelhecimento, reduzir as reações negativas, estabelecer a Perseverança, o Sentido de Vida, a Serenidade e a Autossuficiência e Autoconfiança, para os idosos serem detentores de Bem-estar Subjetivo.

O referencial teórico refere que os idosos se caracterizam pelo aparecimento de dois grupos de tendências opostas, sintónicas e distónicas, integridade *versus* desespero e sabedoria *versus* desgosto (Erickson & Erickson, 1997). Muitas características do envelhecimento resultam da incapacidade das células reagirem às agressões ambientais. A velocidade do envelhecimento depende da variabilidade destes acontecimentos externos, bem como da resiliência nos fatores reparadores. Neste sentido, alguns idosos desenvolvem ciclos de vida negativos, o que os leva a adotar um papel de doente e dependente, enquanto outros apresentam ciclos de vida positivos, com respostas adaptativas à sua nova realidade.

Um significativo número de idosos usufrui de saúde física e mental e de uma relativa independência, mesmo em idades avançadas (Gelder, Gath, Mayou & Cowen, 1996; Pitt, 1986). Outros estudos apontam para um aumento da morbilidade, a partir da meia-idade (Hall, MacLennan & Lye, 1997). Os acontecimentos que mais afetam a qualidade de vida são a deterioração física e mental, a reforma e as perdas (Fallowfield, 1993).

São os fatores físicos, psicológicos, ambientais e sociais que permitem observações como o facto de se sentir com elevado Bem-estar Subjetivo, que pode ser chamado de

felicidade, estar satisfeito com a vida e viver de forma positiva. Por sua vez, quem se sente com baixo valor de Bem-estar Subjetivo, está insatisfeito com a vida e prevalecem emoções negativas, ansiedade e depressão (Zamarrón, 2006).

## Conclusão

No decurso do envelhecimento cada indivíduo reage à sua maneira perante este processo, alguns mais vulneráveis enquanto outros com capacidade de enfrentar e controlar os efeitos stressantes, o que leva a desenvolverem mecanismos de proteção que lhes permite o Bem-estar Subjetivo.

Os idosos devem estar preparados para enfrentar possíveis desafios e dificuldades, sendo importante a reserva da capacidade de Resiliência para uma melhor adaptação a essa fase da vida. O Bem-estar Subjetivo está sujeito a fatores que envolvem as dimensões emocional, social, cultural e física, decorrentes de condições objetivas e subjetivas que formam a esfera da vida, como o trabalho, a vida social, a saúde física e o humor. Num sentido mais amplo, pode ser considerado uma medida da própria dignidade humana que está associado às necessidades fundamentais. O Bem-estar Subjetivo relacionado à saúde não deve ser entendido apenas como o indivíduo percebe o seu estado de vitalidade, mas também como o sente nas atividades básicas da vida diária, quer seja no âmbito físico, psicológico e social.

Neste sentido, as emoções são um fator determinante do Bem-estar Subjetivo, pois os aspetos emocionais caracterizam-se como uma estrutura básica do funcionamento humano, em que os problemas físicos e emocionais resultam do desequilíbrio das emoções, podendo ser restabelecidos de acordo com os anos e as experiências vividas.

Na terceira idade, a compreensão do Bem-estar Subjetivo está relacionado com o significado do ser idoso, quando se consideram as mudanças corporais e as transformações biopsicossociais. A forma como o indivíduo é afetado pelo seu próprio envelhecimento é determinada por todo o seu passado, não se pode encarar o envelhecimento separadamente da forma como o indivíduo viveu a sua vida, de como ele se situa perante a vida que vive e o que espera da vida que lhe resta. Os idosos devem estar preparados para enfrentar possíveis desafios e dificuldades num processo não só de envelhecimento mas também de institucionalização, sendo importante a reserva da capacidade de Resiliência que contribui para uma melhor adaptação nesta fase da vida.

A Resiliência é compreendida como o processo em que o sujeito resiste e supera situações difíceis, passando a crescer pessoalmente e, ou socialmente, a partir dessas circunstâncias. Nesta perspetiva, está relacionada ao mecanismo de superar adversidades, resultando na melhoria da Autoestima e promovendo novas oportunidades ao indivíduo, permitindo-lhe mudanças pessoais, sociais e culturais positivas a partir de um obstáculo e da

perspetiva de alcançar um objetivo. Sendo um conceito importante, devido às múltiplas possibilidades de aplicação, a Resiliência pode contribuir para a ampliação do conhecimento da saúde.

É importante destacar que o conceito de resiliência tem origem na física e expressa a habilidade e capacidade que um objeto tem de se recuperar e se moldar novamente, voltando ao seu estado inicial após ter sido comprimido, expandido e, ou dobrado. Neste contexto, os estudos sobre Resiliência iniciaram-se na década de 80, nas ciências sociais, psicologia educacional, sociologia, medicina, entre outras áreas, com o objetivo de reconhecer aspetos da saúde, sucesso e crescimento dos indivíduos, família e comunidade, aprofundando os fatores que permitem um crescimento através de uma dificuldade.

Deste modo, a Resiliência é a capacidade de o indivíduo superar uma dificuldade e desvendar novos caminhos a partir de situações complicadas, stressantes ou traumáticas, sendo compreendida como um processo dinâmico e interativo, no qual enfrentar obstáculos não se torna um mecanismo de trajetórias negativas.

Rosenberg (1985) distingue a autoestima do autoconceito, conferindo à autoestima uma característica avaliadora do processo formador das cognições, afetos e comportamentos.

Para Vaz Serra (1988), o autoconceito é um conceito mais abrangente relativo à auto-descrição de um indivíduo, pelo que está relacionado com a percepção que o mesmo tem de si próprio, refere-se à imagem multifacetada que um indivíduo tem de si mesmo, enquanto a autoestima é entendida como o processo avaliativo que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos. É, portanto, o constituinte efetivo do autoconceito, em que o indivíduo faz julgamentos de si próprio, associando à sua identidade sentimentos valorativos do "bom" e do "mau".

Santos e Maia (2003) diferenciam estes dois constructos, consideram que o autoconceito é constituído pelas diferentes percepções que o indivíduo desenvolve sobre as suas características pessoais, enquanto a autoestima consiste na avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz dessas suas características.

Mosquera e Stobäus (2006) referem que a autoestima não é estática, dado que, de acordo com os acontecimentos sociais, emocionais e psicossomáticos, ela pode variar. Consideram na autoestima duas subdivisões. Na primeira, a autoestima assenta num sentido de competência, ligada à eficácia e aos processos de atribuições e comparações sociais. Na segunda, a autoestima está direcionada para a virtude, representadora do valor pessoal, com normas e valores do comportamento pessoal e interpessoal.

Assim sendo, Fontaine e Weiss (cit. in Coelho, 2004) relatam que a autoestima influencia o modo como os indivíduos estão motivados, persistem, adquirem e atingem os níveis de sucesso desejados nas mais diversas áreas de atividade.

Para Mosquera e Stobäus (2006) a autoestima é o quanto gostamos de nós mesmos, do quanto nos amamos e nos apreciamos, é um processo em contínua atualização na interação em grupo, ou seja, é uma interinfluência constante que nos leva a entender a nós mesmos e a entender os outros, do modo mais real possível. Referem ainda, que a autoestima pode aumentar pelo envolvimento em várias áreas e pela satisfação nas mesmas, como nos relacionamentos, na educação, no trabalho, no desporto, nos interesses pessoais e na aparência. Do mesmo modo a autoestima pode ser importante no modo como se pensa, sente e responde a eventos stressantes da vida (Connor, Poyrazli, Ferrer-Wreder & Grahame, 2004).

Assim, a vida monótona e rotineira que as instituições muitas vezes proporcionam pode ser um determinante de sentimentos de não realização, da falta de perspectiva, de inutilidade, interferindo na autoestima (Vaz, 2009).

O conceito de Bem-estar Subjetivo insere-se no campo da psicologia positiva e consiste na avaliação subjetiva que uma pessoa efetua acerca da sua própria vida. O Bem-estar Subjetivo é constituído por duas dimensões. A Satisfação com a Vida, dimensão cognitiva, representada pelos julgamentos avaliativos efetuados acerca da satisfação com a vida como um todo integrado ou em domínios de vida específicos, e os Afetos Positivo e Negativo, dimensão afetiva, avaliada subjetivamente sob a forma de sensações e emoções, medindo preponderância, duração e intensidade dos dois tipos de afeto. Atualmente é aceite que o afeto é composto por estados de humor e emoções, sendo a componente afetiva do Bem-estar Subjetivo, também denominada como o seu elemento emocional (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Na dimensão cognitiva, a satisfação com a vida, é avaliada através da comparação das circunstâncias atuais da vida, com as circunstâncias que constituem um padrão médio aceitável. Quanto menor for esta discrepância mais elevado é o nível de satisfação com a vida (Diener, 1984).

As duas dimensões do Bem-estar Subjetivo, cognitiva e afetiva estão interligadas. Um nível elevado de satisfação com a vida aliado a uma avaliação de vivência com predominância de emoções positivas, constitui um elevado nível de Bem-estar Subjetivo (Diener, 1984). Investigadores na temática do Bem-estar Subjetivo interessam-se nas variâncias observadas a longo prazo e não nas variações emocionais momentâneas. Não menosprezando a existência inevitável das flutuações de humor, e consequente alteração

breve dos níveis de Bem-estar Subjetivo, os investigadores focam-se maioritariamente na experiência subjetiva e duradoura vivenciada a longo prazo.

Como limitações deste estudo empírico pode-se salientar a subjetividade e o conformismo observado em algumas das respostas que nem sempre corresponderam ao que os sujeitos realmente expressavam. Este conformismo detetou-se muito intensamente devido ao fato do protocolo ser integralmente feito na presença do investigador e da sua consequente desejabilidade social.

Pode-se determinar como limitação deste estudo a não participação das pessoas com incapacidade cognitiva por não conseguirem responder às questões. Seria pertinente conhecer os seus níveis de resiliência, autoestima e bem-estar subjetivo, dado que o declínio cognitivo é só por si e nesta situação em particular um motivo de institucionalização.

No sentido de testar a relação presumida destas três variáveis as Atividades Básicas da Vida Diária, a Resiliência e Autoestima e Bem-estar Subjetivo, seria pertinente a replicação deste estudo com uma amostra com maior grau de dependência.

Relativamente a investigações futuras, esta investigação deveria ser alargada a outras regiões do país e com outros fatores psicológicos considerados protetores para se proceder à comparação de resultados e avaliação dos fatores protetores nos processos de institucionalização. Seria ainda pertinente realizar esta investigação destinada aos técnicos e familiares. Deste modo, seriam conseguidos ângulos de visão, de todas as partes envolvidas na institucionalização, possivelmente diferentes, relativamente ao processo de institucionalização, da Resiliência, da Autoestima e do Bem-estar Subjetivo.

## Referências Bibliográficas

- Agin, B. & Perkins, S. (2008). *Healthy aging for dummies*. USA: Wiley Publishing.
- Aguerre, C. (2002). Quels sont les facteurs psychologiques garants d'une vieillesse réussie?. *Pratiques psychologiques*, 1, 15-27. ISSN 1269-1763.
- Aiken, L. & West, S. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park: Sage.
- Albuquerque, A., & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164, doi: 10.1590/S0102-37722004000200008.
- Amado, N. (2008). Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio - muito e pouco diferenciados. (Dissertação de Doutoramento) Lisboa: Universidade Nova de Lisboa/Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25 (2), 59-66. ISSN 19163- 86323.
- Argyle, M. (2003). Causes and correlates of happiness. In Kahneman, Diener & Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage Foundation.
- Baltes, P. & Mayer, K. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. & Smith, J. (1997). A systemic-holistic view of psychological functioning in very old age: Introduction to a collection of articles from Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 12, 395-409. doi: 10.1037/0882-7974.12.3.395.
- Baltes, P., Staudinger, U. & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507. doi: 10.1146/annurev.psych.50.1.471.
- Birren, J. & Schroets, J. (2001). Concepts, theory, and methods in the psychology of aging. In J. Birren & K. Schaie, (Eds.), *Handbook of psychology of aging*. (4th ed, pp. 3-23). SanDiego: Academic Press.
- Brink, T. (1983). *Psicoterapia geriátrica*. Rio de Janeiro. Imago.
- Busse, E. & Blazer, D. (1999). *Psiquiatria Geriátrica* (2 ed.). São Paulo: Editora Artmed.

- Cantor, N. & Sanderson, C. (2003). Life tasks participation and well-being: The importance of taking part in daily life. In Kahneman, Diener & Schwarz (Eds.), *Wellbeing: The foundations of hedonic psychology*, (pp. 230-243). New York: Russell Sage Foundation.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The science of happiness and human strengths*. New York: Brunner Routledge, 1-45.
- Carrapiço, C. (2009). *Validade Estrutural e Validade Externa da Self-Assessed Wisdom Scale numa amostra de adultos idosos portugueses*. Lisboa. Universidade Nova de Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carstensen, L. & Mikels, J. (2005). At the intersection of emotion and cognition: Aging and the positivity effect. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 117-121. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00348.x.
- Carstensen, L. (1991) Selectivity theory: Social activity in lifespan context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217. ISBN – 0826197779.
- Carstensen, L., Pasupathi, M., Mayr, U. & Nesselroade, J. (2000). Emotion experience in the daily lives of older and younger adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655. doi:10.1037/0022-3514.79.4.644.
- Coelho, V. (2004). Estilo Atribucional e sua relação com a Autoestima: Um estudo com atletas Eslovenos. Dissertação de mestrado em Psicologia Desportiva. Universidade do Minho. Braga.
- Cole, D., Maxwell, S., Martin, J., Peeke, L., Seroczynski, A., Tram, J., et al., (2001). The development of multiple domains of child and adolescent self-concept: a cohort sequential longitudinal design. *Child Development*, 72, 1723-1746, doi: 10.1111/1467-8624.00375.
- Connor, J., Poyrazli, S., Ferrer-Wreder, L., & Grahame, K. (2004). The relation of age, gender, ethnicity, and risk behaviors to self-esteem among students in nonmainstream schools. Acedido em 10 de Janeiro de 2015 em: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m2248/is\\_155\\_39/ai\\_n9488734/?tag=mantle\\_skin;content](http://findarticles.com/p/articles/mi_m2248/is_155_39/ai_n9488734/?tag=mantle_skin;content).
- Cyrlunik, B. (1998). Ces enfants qui tiennent le coup. Revigny-sur-Omain: Hommes et Perspectives. Cyrlunik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob.
- De Tychey, C. (2001). Surmonter l'adversité: les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 16 (1), 49-68. doi: 10.3917/cpc.016.0049.

- Diener, E. & Lucas, R. (2003). Personality and subjective well-being. In Kahneman, Diener & Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E. & Suh, E. (2003). National differences in subjective well-being. In Kahneman, Diener & Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 434-450). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, (pp. 542-575). doi: 10.1007/978-90-481-2350-6\_2.
- Diener, E., Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In B. Buunk & f. Gibbons (Eds.). *Health, Coping, and Well-Being. Perspectives From Social Comparison Theory*. New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, E. (2003). Personality, culture and subjective wellbeing: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review Psychology*, 54, 403-425. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056.
- Diener, E., Scollon, C. & Lucas, R. (2003). The envolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219, doi: 10.1007/978-90-481-2354-4\_4.
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276.
- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L. & Alain, M. (2007). Impact of a personal goals management program on the subjective well-being of young retirees. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 57, 183-172. doi:10.1016/j.erap.2005.04.004.
- Eid., M. & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245-277. doi: 10.1023/B:SOCI.00000003801.89195.bc.
- Erickson, E. & Erickson, J. (1997). *The lyfe cycle completed*. New York: W. W. Norton & Company.
- Fallowfield, L. (1993). *The quality of life: the missing measurement in health care*. London: Souvenir Press.

- Fernández-Mayoralas, G., Rojo, F., Prieto, M., León, B., Martínez, P. & Forjaz, J. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Acedido em 10 de Dezembro de 2014 em: <http://imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/-fernandezmayoralassignificado-01.pdf>.
- Flick, U., Fischer, C., Neuber, A., Schwartz, F. & Walter, U. (2003). Health in the Context of Growing Old: Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology*, 8 (5), S. 539-556. doi: 10.1177/13591053030085006.
- Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-98. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- Fonagy, P. (2001). Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte: le mystérieux déploiement des troubles dans le temps. *Psychiatrie de L'Enfant*, 44 (2), 333-369. doi : 10.3917/psy.442.0333.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Galinha, I. & Ribeiro, P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem Teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2, 209-218. ISSN: 0870-8231.
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjetivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Quarteto: Coimbra.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. & Cowen, P. (1996). *Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1996). *Perturbações mentais comuns*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Greenfield, E. & Marks N. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59 (5), 258-S264. doi: 10.1093/geronb/59.5.S258.
- Griffin, P., Mroczek, D. & Spiro, A. (2006). Variability in affective change among aging men: Longitudinal findings from the VA Normative Aging Study. *Journal of Research in Personality*, 40, 942-965. doi:10.1016/j.jrp.2005.09.011.
- Guedes, J. (2014). A vida em lar e a promoção do bem-estar: desafios à intervenção social com vista à preservação de si no lar. In Almeida, J., Sousa, P., Afonso, H. (Orgs.). *Perspetivas sobre o envelhecimento ativo*, (pp. 35-68). Lisboa: Cáritas Portuguesa. ISBN 978-872-9008-21-4.

- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (2007). Avaliação Breve do Estado Mental. Organização e Aferição. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escala e Testes na Demência*, (pp. 31-36). Lisboa: Novartis.
- Hall, M., MacLennam, N. & Lye, M. (1997). *Cuidados médicos ao doente idoso*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hamilton, I. (2002). *A psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. (3º ed.). São Paulo: ARTEMED.
- Harter, S. & Whitesell, N. (2003). Beyond the debate: why some adolescents report stable self-worth over time and situation, whereas others report changes in self-worth. *Journal Personality*, 71, 1027-1058, doi: 10.1111/1467-6494.7106006.
- Harter, S. (2003). The development of self-representations during childhood and adolescence. In M. R. Leary and J. P. Tangney, *Handbook of self and identity*. (pp. 610-642). New York: The Guilford Press.
- Havighurst, R. (1953). *Older People*. Nova Iorque: Mckay. p.386.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2011). *População residente em 2001 e 2011, segundo os grupos etários e sua evolução entre 2001 e 2011*. Censos. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Inui, T. (2003). The need for an integrated biopsychosocial approach to research on successful aging. *Annual of International Medicine*, 139 (5), 391-394. doi:10.7326/0003-4819-139-5\_Part\_2-200309021-00002.
- Jesus, N. (2006). *Bem-estar em Psicologia da Saúde*. In Leal, I. (cord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 81-87). Coimbra: Quarteto.
- Kanning, M. & Schlicht, W. (2008). A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable physical activity. *European Review of Aging and Physical Activity*, 5 (2), 79-87. doi: 10.1007/s11556-008-0035-4.
- Kernis, M. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73, 1–37. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00359.x.
- Kirby, L. & Fraser, M. (1997). Risk and resiliency in childhood. In Fraser, M. W. (Ed.), *Risk and Resiliency* (pp. 10-33). Washington, DC: NASW Press.
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamaki, H. & Koskenvuo, M. (2005). The stability of life satisfaction in a 15 year follow-up of adult Finns healthy at baseline. *BioMed Central Psychiatry*, 5 (4), 1-8. doi:10.1186/1471-244X-5-4.

- Lapierre, S., Bouffard, L., Dubé, M., Labelle, R. & Bastin, E. (2001). Aspirations and well-being in old age. In Schmuck, P. & Sheldon, K. (eds.), *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving*. (pp. 102-115). Germany: Hogrefe & Huber Publishers.
- Lever, J., Piñol, N. & Uralde, J. (2005). Poverty, psychological resources and subjective well-being. *Social Indicators Research*, 73, 375-408. doi: 10.1007/s11205-004-1072-7.
- Liberman, P. (1993). Afrontar los transtornos mentales crónicos: un marco para la esperanza. In. Liberman, P. (Ed.). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lightsey, O. (1996). What leads to wellness? The role of psychological resources in well-being. *Counseling Psychologist*, 24, 59-735. doi: 10.1177/0011000096244002.
- Lima, M.; Simões, A., Vieira, C., Oliveira, A., Ferreira, J., Pinheiro, M. & Matos, A. (2001). O bem-estar subjetivo na meia-idade: do mito à realidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1, 149-170.
- Lipiansky, E. (1990). Identité Subjective et Interaction. In Champgn et al. *Strategies Identitaires*. Paris: Psychologie D'Aujourd'hui. *Presses Universitaires de France*.
- Löckenhoff, C. & Carstensen, L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making though choices. *Journal of Personality*, 72, 1395-1424. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x.
- Lucas, R., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.616.
- MacLeod, A. & Moore, R. (2005). Positive thinking revisited: Positive cognitions, well-being and mental health. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 1-10. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(200002)7.
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Mailloux-Poirier, D. (1995). Teorias do Envelhecimento. In M. D.-P. Louise Berger, *Pessoas Idosas Uma Abordagem Global Processos de Enfermagem por Necessidade*, (pp. 99-105). Lisboa: Lusodiacta.
- Manciaux, M. (2001). La résilience: résister et se construire. Genebra: *Cahiers médico-sociaux*.

- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J. & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 458-467, doi: 10.1017/S1138741600006727.
- McCullough, G., Huebner, S. E. & Laughlin, E. J. (2000). Live events, self-concept and adolescents positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37 (3), 281-290. doi: 10.1002/(SICI)1520-6807(200005)37:3<281::AID-PITS8>3.0.CO;2-2.
- McMullin, J., & Cairney, J. (2004). Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies*, 18, 75–90. doi:10.1016/j.jaging.2003.09.006.
- Meier, L., Orth, U., Denissen, J. & Kühnel, A. (2011). Age differences in instability, contingency, and level of self-esteem across the life span. *Journal of Research in Personality*, 4, 604-612. doi: 10.1016/j.jrp.2011.08.008.
- Moos, R. & Holahan, C. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (12), 1387-1403. doi: 10.1002/jclp.10229.
- Mosquera, J. & Stobäus, C. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: Qualidade de Vida na Universidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 83-88. ISSN: 1645-0086.
- Neri, A. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento Perspectivas Biológicas, Psicológicas, e Sociológicas*. Campinas: Papirus.
- Ng Deep, C. & Leal, I. (2012). Adaptation of “The Resilience Scale” for the adult population of Portugal. *Psicologia*, 23 (2), 417-433. doi:10.1590/S0103-65642012005000008.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia*. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. Genève.
- Orth, U., Robins, R., Trzesniewski, K., Maes, J. & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 472–478. doi: 10.1037/a0015922.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora. ISBN: 9789898148469.
- Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 25-39. doi: 10.1177/0002716203260078.

- Paschoal, S. (1996). Autonomia e independência. In: Papaléo Neto M, (Ed.). *Gerontologia*. (pp. 313-323). São Paulo: Atheneo.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, A. M. Fonseca (coords.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. (pp. 21-41). Lisboa. Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A., Cruz, F. & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2. (pp. 415-426).
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na Família – Contextos e tranjectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375-405. doi: 10.1023/A:1013938001116
- Pitt, B. (1986). *Psycho-geriatrics: an introduction to the psychiatry of old age*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Ribeiro, A. & Cruz, J. (2008). Estilos de vida e bem-estar subjectivo em estudantes do ensino superior. In Leal, I., Ribeiro, J., Silva, I. & Marques, S. (eds.), *Actas do 7º congresso de Psicologia da Saúde: intervenção em psicologia e saúde*. (pp. 61-64). Porto: ISPA.
- Robins, R., Trzesniewski, K., Tracy, J., Gosling, S. & Potter, J. (2002). Personality correlates of self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 35, 463–482. doi:10.1006/jrpe.2001.2324.
- Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Forjaz, M., Delgado-Sanz, M., Ahmed-Mohamed, K. & Martínez-Martín, P. (2009). *Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación; p.127.
- Rosa, P., Esteves, F. & Arriaga (2015). Beyond traditional clinical measurements for screening fears and phobias. *Transactions on Instrumentation and Measurement*, IEEE, 64(12), 3396-3404 10.1109/TIM.2015.2450292
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. In R. Leach (Ed.), *The Development of Self* (pp. 205-246). Orlando: Academic Press.
- Ross, C. & Mirowsky, J. (2008). Age and the balance of emotions. *Social Science & Medicine*, 66, 2391-2400. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.048.
- Rossel, N., Herrera, R., & Rico, M. (2004). *Introducción a La Psicogerontología*. Madrid: Ediciones Piramides.
- Rossell, N. (2004). Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas. In N. Y. Rossel, R. R. Herrera, & M. A. Rico, *Introducción a La Psicogerontología*. (pp. 81-84). Madrid: Ediciones Piramides.
- Rott, C., Jopp, D., D'Heureuse, V. & Becker, G. (2006). Predictors of well-being in very old age. In Wahl et al. (eds.), *The many faces of health, competence and well-being in old age*. (pp. 119-129). Netherlands: Springer.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1999). *Successful aging*. New York: Dell Publishing.
- Roysamb, E., Harris, J., Magnus, P., Vitterso, J. & Tambs, K. (2002). Subjective wellbeing. Sex-specific effects of genetic and environmental factors. *Personality and Individual Differences*, 32, 211-223. doi:10.1016/S0191-8869(01)00019-8.
- Royston, P, Altman, D. & Sauerbrei, W. (2006). Dichotomizing continuous predictors in multiple regression: A bad idea. *Statistics in Medicine*, 25(1), 127-141.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880. doi: 10.1017/S0033291700019838.
- Sameroff, A. (1999). Ecological perspective on developmental risk. In D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH handbook of infant mental health*. Vol. 4. Infant mental health groups at risk. (pp. 223-248). New-York: Wiley.
- Sánchez, E. & Barrón, A. (2003). Social psychology of mental health: the social structure and personality perspective. *The Spanish Journal of Psychology*, 6, 3-11. doi: 10.1017/S1138741600005163.
- Sanchez, J., Rodriguez, M. & Carro, J. (2002). Influence of CR on neuropsychological functioning in Alzheimer's disease type sporadic in subjects of Spanish nationality. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 15, 113-122.
- Santana, J., Tavares, M. & Pereira, E. (2012). Lazer e saúde: Programa de atividade física e de lazer melhora capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Motricidade*, vol. 8 (2,) 725-735. ISSN: 1646-107X.

- Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268, doi: 000194821.
- Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: another view on the “paradox”. *Social Indicators Research*, 75, 241-271. doi:10.1007/s11205-004-5297-2.
- Schmitt, D. & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-642, doi: 10.1037/0022-3514.89.4.623.
- Schmitt, E. (2004). Active ageing, decreasing capability, social disadvantage and age stereotypes: a contribution to resilience and vulnerability in older adulthood. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37 (4), 280-292. doi: 10.1007/s00391-004-0246-x.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Shatenstein, B., Kergoat, M. & Nadon, S. (2001). Anthropometrics changes over 5 years in elderly Canadians by age, gender, and cognitive status. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical*, 56 (8), 483-488. doi: 10.1093/gerona/56.8.M483.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjetivo dos adultos: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37 (1), 5-30.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H. & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 715-732. doi: 10.1111/1540-4560.00286.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 448-460. doi:10.1017/S1355617702813248.
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47, 2015-2028. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004.
- Sullivan, W. & Fisher, B. (1994). Intervening for success: Strengths-based case management and successful aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 61-74. doi: 10.1300/J083V22N01\_05.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn and Bacon.

- Tkach, C. & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness? Relating personality, happiness-increasing strategies and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, 183-225. doi:10.1007/s10902-005-4754-1.
- Trzesniewski, K., Donnellan, M., & Robins, R. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 205–220. doi:10.1037/0022-3514.84.1.205.
- Trzesniewski, K., Robins, R., Roberts, B. & Caspi, A. (2004). Personality and self-esteem development across the life span. In P. T. Costa & I. C. Siegler (Eds.), *Recent advances in psychology and aging*. (pp. 163–185). Amsterdam, the Netherlands: Elsevier Science.
- Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e Auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- Vaz, S. (2009). A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos Residentes em Lares do Distrito de Bragança. Tese de Mestrado publicada. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Vega, J., & Martínez, B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. (2º ed.). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Vieira, E. (2003). Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso. 1ª ed. Revinter. Rio de Janeiro.
- Wagnild, G. & Young, H. (1987). The Resilience Scale™ Homepage. Acedido em 29 de outubro de 2014 em: [www.resiliencescale.com](http://www.resiliencescale.com)
- Wagnild, G. & Young, H. (1990). Resilience among older women. *Journal of Nursing Scholarship*, 22, 252-255, doi: 10.1111/j.1547-5069.1990.tb00224.x.
- Wagnild, G. & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 2(1), 165-178. PubMed. PMID: 7850498.
- Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (12), 42-49. doi: 10.3928/0098-9134-20031201-09.
- Whitbourne, S. (2001). *Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives*. New York: John Wiley and Sons. ISBN: 0470646977. 9780470646977.
- Wilson, R., Bennett, D., Gilley, D., Beckett, L., Barnes, L. & Evans, D. (2000). Premorbid reading activity and patterns of cognitive decline in Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 57, 1718-1723. doi:10.1001/archneur.57.12.1718.

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action.

World Health Organization. Cap. XIII, (pp. 107-114).

Zamarrón, M. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO. Acedido em 11 de Janeiro de 2015 em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarronbienestar-pdf>.

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Pedido de Autorização às Instituições**



escola  
de psicologia  
e ciências  
da vida

À Direção de

Centro de Bem Estar Social de Queluz - CBESQ

Lisboa, 5 de novembro de 2014

Exmo.(s) Senhor(es),

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, foi proposta a realização de uma investigação que pretende conhecer os fatores protetores, em particular o grau de Resiliência e Autoestima dos idosos institucionalizados e de que forma contribuem ou influenciam o seu Bem-estar subjetivo.

A participação neste estudo tem como objetivo complementar a formação dos estudantes de Mestrado com a passagem por situações concretas de investigação.

Deste modo agradecemos a V. Exa(s) que se digne(m) autorizar a recolha de dados necessária para a execução desta investigação da aluna Paula César, através da aplicação de um protocolo de avaliação aos utentes da vossa instituição.

A participação neste estudo tem um carácter voluntário. O participante tem a possibilidade, por motivos éticos, de negar a participação ou de se retirar do estudo a qualquer momento, sempre que assim o entender.

De acordo com as normas da Comissão de Proteção de Dados, os dados recolhidos junto dos utentes, são de carácter anónimo e confidencial. Não serão referenciados os nomes dos participantes, salvaguardando o princípio da identidade e confidencialidade e os dados obtidos serão meramente estatísticos.

Agradeço desde já a atenção dispensada, aguardando deferimento a este assunto,

De V. Exa(s)

Atentamente,

Orientador do Seminário de Investigação

Prof. Doutor José Brites



escola  
de psicologia  
e ciências  
da vida

À Direção de  
Lar de S. João de Deus

Lisboa, 5 de novembro de 2014

Exmo.(s) Senhor(es),

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, foi proposta a realização de uma investigação que pretende conhecer os fatores protetores, em particular o grau de Resiliência e Autoestima dos idosos institucionalizados e de que forma contribuem ou influenciam o seu Bem-estar subjetivo.

A participação neste estudo tem como objetivo complementar a formação dos estudantes de Mestrado com a passagem por situações concretas de investigação.

Deste modo agradecemos a V. Exa(s) que se digne(m) autorizar a recolha de dados necessária para a execução desta investigação da aluna Paula César, através da aplicação de um protocolo de avaliação aos utentes da vossa instituição.

A participação neste estudo tem um carácter voluntário. O participante tem a possibilidade, por motivos éticos, de negar a participação ou de se retirar do estudo a qualquer momento, sempre que assim o entender.

De acordo com as normas da Comissão de Proteção de Dados, os dados recolhidos junto dos utentes, são de carácter anónimo e confidencial. Não serão referenciados os nomes dos participantes, salvaguardando o princípio da identidade e confidencialidade e os dados obtidos serão meramente estatísticos.

Agradeço desde já a atenção dispensada, aguardando deferimento a este assunto,

De V. Exa(s)

Atentamente,

Orientador do Seminário de Investigação

Prof. Doutor José Brites



escola  
de psicologia  
e ciências  
da vida

À Direção de  
Clínica de S. José de Camarate

Lisboa, 5 de novembro de 2014

Exmo.(s) Senhor(es),

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, foi proposta a realização de uma investigação que pretende conhecer os fatores protetores, em particular o grau de Resiliência e Autoestima dos idosos institucionalizados e de que forma contribuem ou influenciam o seu Bem-estar subjetivo.

A participação neste estudo tem como objetivo complementar a formação dos estudantes de Mestrado com a passagem por situações concretas de investigação.

Deste modo agradecemos a V. Exa(s) que se digne(m) autorizar a recolha de dados necessária para a execução desta investigação da aluna Paula César, através da aplicação de um protocolo de avaliação aos utentes da vossa instituição.

A participação neste estudo tem um carácter voluntário. O participante tem a possibilidade, por motivos éticos, de negar a participação ou de se retirar do estudo a qualquer momento, sempre que assim o entender.

De acordo com as normas da Comissão de Proteção de Dados, os dados recolhidos junto dos utentes, são de carácter anónimo e confidencial. Não serão referenciados os nomes dos participantes, salvaguardando o princípio da identidade e confidencialidade e os dados obtidos serão meramente estatísticos.

Agradeço desde já a atenção dispensada, aguardando deferimento a este assunto,

De V. Exa(s)

Atentamente,

Orientador do Seminário de Investigação

Prof. Doutor José Brites

Campo Grande, 376 | 1749 - 024 Lisboa | Tel.: 217 515 500 | Fax: 21 757 7006 | [informacoes@ulusofona.pt](mailto:informacoes@ulusofona.pt) [www.ulusofona.pt](http://www.ulusofona.pt)

## **Anexo II – Protocolo de Investigação**

## **A Resiliência como Fator Protetor para a Autoestima e o Bem-Estar Subjetivo em Idosos Institucionalizados**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Caro Participante,

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, foi proposta a realização de uma investigação que pretende conhecer os fatores protetores, em particular o grau de Resiliência dos idosos institucionalizados e de que forma contribuem ou influenciam a sua Autoestima e o seu Bem-estar subjetivo.

A participação neste estudo tem um carácter **voluntário**. O participante tem a possibilidade, por motivos éticos, de negar a participação ou de se retirar do estudo a qualquer momento, sempre que assim o entender.

De acordo com as normas da Comissão de Proteção de Dados, os dados recolhidos são de carácter **anónimo** e **confidencial**. Não serão referenciados os nomes dos participantes, salvaguardando o princípio da identidade e confidencialidade.

Não há resposta certas nem erradas, apenas se pretende a sua opinião sincera.

Por favor, certifique-se que responde a todas as secções dos questionários de forma a validar a sua participação neste estudo.

Obrigado pela sua colaboração!

### Dados Demográficos

1. **Idade:** \_\_\_\_\_

2. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐

3. **Número de anos de Escolaridade completos:** \_\_\_\_\_

4. **Profissão (quando se encontrava no ativo):** \_\_\_\_\_

5. **Estado Civil:**

Solteiro ☐ Casado/ União de Facto ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐

6. **Tem filhos?**

Não ☐ Sim ☐ Quantos? \_\_\_\_\_

7. **Durante a infância onde foi educado?**

Cidade ☐ Campo ☐

8. **Há quanto tempo está no Lar?** \_\_\_\_\_ meses.

9. **A sua permanência no Lar foi por decisão própria?**

Não ☐ Sim ☐

10. **Habitualmente tem visitas?**

Não ☐ Sim ☐ Quem? \_\_\_\_\_

11. **Quantas vezes?**

Uma vez por semana ☐ Duas ou mais vezes por semana ☐

Uma vez em cada duas semanas ☐ Uma vez por mês ☐ Raramente ☐

Outra: \_\_\_\_\_

**12. No Lar/Instituição existem Atividades de Tempos Livres?**

Não ☐ Sim ☐

**13. Em que atividades participa (Pode assinalar mais do que uma opção)?**

Ginástica ☐ Pintura ☐ Lavoros ☐ Dança ☐  
Canto ☐ Leitura ☐ Teatro ☐ Jogos tradicionais ☐  
Outras Atividades ☐

**14. Equilíbrio Psico-emocional** (alguma vez teve períodos de muita tristeza ou que esteve deprimido e quais as causas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15. Traumatismo Crânio-Encefálico** (AVC, hemorragias, perda de consciência, amnésia retrógrada/anterógrada): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16. Que medicação toma** (posologia): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Observações:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Obrigado pela sua Colaboração!

## AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

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

Idade: \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### 1. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”.  
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) \_\_\_\_\_  
Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 2. RETENÇÃO

“Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras”

**PÊRA**

**GATO**

**BOLA**

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto a cada resposta correcta).

Pêra \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 3. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volte a subtrair **3** até eu lhe dizer para parar”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Nota: \_\_\_\_\_

### 4. EVOCAÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção)

“Agora, veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

Pêra \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**5. LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correcta).

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” \_\_\_\_\_

Nota:

b) Mostrar o lápis.

“Como se chama isto?” \_\_\_\_\_

Nota:

c) Repetir a frase:

“O rato roi a rolha” \_\_\_\_\_

Nota:

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão” (ou: “coloque-o aqui em cima da secretária/mesa” - indicar o local onde o papel deve ser colocado)

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita \_\_\_\_\_
- Dobra o papel ao meio \_\_\_\_\_
- Coloca o papel no chão \_\_\_\_\_  
(ou no local indicado)

Nota:

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”.

(Mostrar o cartão com a frase “**FECHE OS OLHOS**”).

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.

Nota:

f) “Escreva uma frase”.

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com um ponto. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros).

Nota:

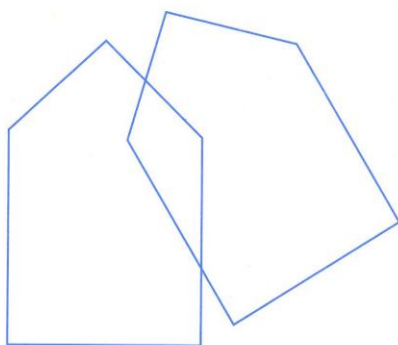
A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”.

(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

**DESENHO**



**CÓPIA**

(Máximo 30 pontos) TOTAL:

Nota:

## Índice de Barthel (Actividades Básicas da Vida Diária)

### Alimentação

- 10 Independente: capaz de utilizar qualquer utensílio necessário; come num tempo razoável; capaz de cortar a comida, usar condimentos, barrar a manteiga, etc., por si só.  
5 Precisa de ajuda: por exemplo, para cortar, barrar a manteiga, etc.  
0 Dependente: necessita de ser alimentado.

### Banho

- 5 Independente: capaz de lavar-se por completo; pode ser utilizando o chuveiro, banheira ou permanecendo de pé e aplicando a esponja por todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de uma pessoa.  
0 Dependente: necessita de algum tipo de ajuda.

### Vestuário

- 10 Independente: capaz de vestir-se e despir-se. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Fecha o feixe da breguilha ou espartilho.  
5 Precisa de ajuda mas, pelo menos, faz metade das tarefas num tempo razoável.  
0 Dependente: incapaz de se vestir sem ajuda.

### Casa de banho

- 5 Independente: realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos, a cara, pentear-se, etc.). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Não precisa de qualquer ajuda. Inclui lidar com a tomada se a máquina é eléctrica.  
0 Dependente: precisa de alguma ajuda

### Evacuar

- 10 Contínente, nenhum acidente: se necessitar de enema ou supositórios, fá-lo por si só.  
5 Acidente ocasional: raro (menos de uma vez por semana), ou precisa de ajuda para o enema ou supositórios..  
0 Incontinente

### Urinar

- 10 Contínente, nenhum acidente: seco dia e noite. Capaz de utilizar qualquer dispositivo (catéter). Se for necessário, é capaz de mudar a bolsa.  
5 Acidente ocasional: menos de uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.  
0 Incontinente.

### Retrete

- 10 Independente: entra e sai sozinho. É capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, prevenir manchas na roupa, vazar e limpar o bacio. Consegue sentar-se e levantar-se sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte.  
5 Necessita de ajuda: precisa de ajuda para manter o equilíbrio, tirar, pôr a roupa ou limpar-se.  
0 Dependente: incapaz de se arranjar sem assistência.

### Deslocação cadeira-cama

- 15 Independente: não necessita de ajuda. Se utiliza cadeira de rodas, fá-lo independentemente.  
10 Mínima ajuda: inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física (p. ex., a oferecida pelo conjugue).  
5 Grande ajuda: capaz de estar sentado sem ajuda, mas necessita de muita assistência para entrar ou sair da cama.  
0 Dependente: necessita grúa ou o levantamento completo por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado

---

**Mobilidade**

- 15 Independente: pode usar qualquer ajuda (próteses, bengalas, muletas, etc.), excepto andador. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 m ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
  - 10 Necessita ajuda: supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 m.
  - 5 Independente em cadeira de rodas: propulsiona a sua cadeira pelo menos 50 m. Volta esquinas sozinho.
  - 0 Dependente: requer grande ajuda.
- 

**Escadarias**

- 10 Independente: capaz de subir e descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que bengala ou instrumentos de apoio.
  - 5 Necessita ajuda: supervisão física ou verbal.
  - 0 Dependente: necessita levantamento (elevador) ou não pode subir degraus.
- 

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40. Versión original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. Md State Med J 1965; 14: 61-5.

### The Resilience Scale

(Wagnild & Young, 1993. Adaptada para a população adulta portuguesa Ng Deep & Pereira, 2012)

| <b>Por favor leia as instruções:</b><br><br>Encontrará sete números de 1 (Discordo Totalmente) a 7 (Concordo Totalmente). Assinale com uma cruz (X) o numero que melhor indica os seus sentimentos sobre essa afirmação. Por exemplo, se você discordar totalmente com a afirmação, assinale 1. Se você é neutro, assinale 4 e se concordar totalmente, assinale 7. |                                                                                | Discordo Totalmente | Discordo Muito | Discordo Pouco | Não concordo Nem Discordo | Concordo Pouco | Concordo Muito | Concordo Totalmente |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|---------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                | 1                   | 2              | 3              | 4                         | 5              | 6              | 7                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Normalmente eu lido com os problemas de uma forma ou de outra                  |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que qualquer outra pessoa.      |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Manter-me interessado/a nas actividades do dia a dia é importante para mim     |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Posso estar por conta própria se for preciso.                                  |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objetivos na minha vida.                |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Sou amigo/a de mim próprio/a                                                   |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.                      |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Sou determinado/a.                                                             |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Raramente me questiono se a vida tem sentido.                                  |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Vivo um dia de cada vez.                                                       |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.       |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Tenho autodisciplina.                                                          |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Mantenho-me interessado/a nas coisas.                                          |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.                             |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.             |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.       |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspetivas.             |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Por vezes obrigo-me a fazer coisas que não posso resolver.                     |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | A minha vida tem um propósito.                                                 |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Eu não fico obcecado/a com coisas que não posso resolver.                      |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução. |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito                       |                     |                |                |                           |                |                |                     |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.         |                     |                |                |                           |                |                |                     |

### **Escala de Auto-Estima de Rosenberg**

(Rosenberg, 1965; Adaptado por Santos & Maia, 2003)

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respetiva coluna que mais se lhe adequa.

|    |                                                                                  | <b>Concordo Fortemente</b> | <b>Concordo</b> | <b>Discordo</b> | <b>Discordo Fortemente</b> |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|
|    |                                                                                  | 1                          | 2               | 3               | 4                          |
| 1  | Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a)                               |                            |                 |                 |                            |
| 2  | Por vezes penso eu não sou bom/boa em nada.                                      |                            |                 |                 |                            |
| 3  | Sinto que tenho algumas dificuldades.                                            |                            |                 |                 |                            |
| 4  | Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.                 |                            |                 |                 |                            |
| 5  | Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.                                    |                            |                 |                 |                            |
| 6  | Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.                                      |                            |                 |                 |                            |
| 7  | Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas |                            |                 |                 |                            |
| 8  | Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).                                |                            |                 |                 |                            |
| 9  | Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir um(a) falhado(a).                      |                            |                 |                 |                            |
| 10 | Adopto uma atitude positiva para comigo.                                         |                            |                 |                 |                            |

**EBES: Watson; Diener et. al. ;**  
Tradução : M. Faria & S. Elvas ; 2005

Esta escala é composta por algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que corresponde à sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

| 1<br><b>Nada</b> | 2<br><b>Um pouco</b> | 3<br><b>Moderadamente</b> | 4<br><b>Bastante</b> | 5<br><b>Extremamente</b> |
|------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|
|------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|

Ultimamente tenho-me sentido...

|    |             |  |    |              |  |    |              |  |
|----|-------------|--|----|--------------|--|----|--------------|--|
| 1  | Aflito      |  | 17 | Transtornado |  | 33 | Abatido      |  |
| 2  | Alarmado    |  | 18 | Animado      |  | 34 | Amedrontado  |  |
| 3  | Amável      |  | 19 | Determinado  |  | 35 | Aborrecido   |  |
| 4  | Activo      |  | 20 | Chateado     |  | 36 | Agressivo    |  |
| 5  | Angustiado  |  | 21 | Decidido     |  | 37 | Estimulado   |  |
| 6  | Agradável   |  | 22 | Seguro       |  | 38 | Incomodado   |  |
| 7  | Alegre      |  | 23 | Assustado    |  | 39 | Bem          |  |
| 8  | Aprensivo   |  | 24 | Dinâmico     |  | 40 | Nervoso      |  |
| 9  | Preocupado  |  | 25 | Envolvido    |  | 41 | Empolgado    |  |
| 10 | Disposto    |  | 26 | Produtivo    |  | 42 | Vigoroso     |  |
| 11 | Contente    |  | 27 | Impaciente   |  | 43 | Inspirado    |  |
| 12 | Irritado    |  | 28 | Receoso      |  | 44 | Tenso        |  |
| 13 | Deprimido   |  | 29 | Entusiasmado |  | 45 | Triste       |  |
| 14 | Interessado |  | 30 | Desanimado   |  | 46 | Agitado      |  |
| 15 | Entediado   |  | 31 | Ansioso      |  | 47 | Envergonhado |  |
| 16 | Atento      |  | 32 | Indeciso     |  |    |              |  |

Para cada afirmação marque com um X o número que expressa, o mais fielmente possível, a sua opinião sobre a sua vida. Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é a sua sinceridade.

| 1<br><b>Discordo plenamente</b> | 2<br><b>Discordo</b> | 3<br><b>Não discordo nem concordo</b> | 4<br><b>Concordo</b> | 5<br><b>Concordo plenamente</b> |
|---------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------|
|---------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------|

|    |                                                                           |   |   |   |   |   |
|----|---------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 48 | Estou satisfeito com a minha vida                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49 | Tenho aproveitado as oportunidades da vida                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50 | Avalio a minha vida de forma positiva                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51 | Sob quase todos os aspectos, a minha vida está longe do meu ideal de vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52 | Mudaria o meu passado se pudesse                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53 | Tenho conseguido tudo o que esperava da vida                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54 | A minha vida corresponde àquilo que desejo para mim                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55 | Gosto da minha vida                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56 | A minha vida está má                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57 | Estou insatisfeito com a minha vida                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58 | A minha vida poderia estar melhor                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59 | Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60 | A minha vida não tem interesse                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61 | As minhas condições de vida são muito boas                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62 | Considero-me uma pessoa feliz                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

