

PEDRO JORGE RODRIGUES MOREIRA RATO

**SAÚDE, AUTOPERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO E
FELICIDADE EM PESSOAS MAIS VELHAS**

Orientador: Professor Doutor Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2018

PEDRO JORGE RODRIGUES MOREIRA RATO

**SAÚDE, AUTOPERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO E
FELICIDADE EM PESSOAS MAIS VELHAS**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 04 de abril de 2019, perante o júri, nomeado pelo Despacho Reitoral n.º 347/2018 com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Patrícia Pascoal

Arguente: Prof.^a Doutora Bárbara Gonzalez

Orientador: Professor Doutor Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2018

Agradecimentos

Ao estar muito perto de finalizar esta etapa na minha vida, não podia deixar de me lembrar, daqueles que de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste objetivo.

Em primeiro lugar, a todos os professores que estiveram presentes, ao longo do meu percurso académico. Em especial, para o Professor Doutor Américo Baptista, pela dedicação, disponibilidade, apoio e partilha de conhecimentos, fundamentais para ultrapassar esta etapa e para o meu futuro como psicólogo.

A todos os meus colegas, em especial, aos que sabem melhor que ninguém o que representaram nesta etapa e o que ainda hoje representam, pela partilha de conhecimentos, de sentimentos e por todos os momentos que passámos juntos, serão para sempre inesquecíveis. Aos meus amigos, a sua presença constante é e será sempre um estímulo para conquistas.

Uma palavra para a minha família, pelo apoio e incentivo. Em especial, para a minha Mãe Beatriz Rodrigues, por acreditar e demonstrá-lo através do seu carinho e da sua perseverança, ao meu sogro Jaime Lagrange e a todos aqueles que já não estando aqui ao meu lado, sei que estarão orgulhosos, o meu Pai António Moreira Rato por “aquele” abraço, as minhas tias “Pepas”, a minha sogra Ema, os meus Avôs Rodrigues e Piedade, todos eles, ainda hoje, me dão muita força para todos os dias olhar a vida com um sorriso.

Por fim, à minha mulher Paula Lagrange e aos meus filhos, Débora e Tiago, pelo vosso apoio incondicional, sempre presentes, com palavras de incentivo e de compreensão, por serem uma fonte de inspiração e motivação, e pelo carinho demonstrado ao longo deste percurso. Amo-vos muito.

A todos,

Muito Obrigado

Resumo

Neste estudo pretendeu-se analisar as relações entre a saúde, autoperceção do envelhecimento com os modelos de felicidade: satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica. Utilizou-se uma amostra de conveniência, constituída por 117 participantes com 65 anos ou mais. Os participantes responderam a um questionário de dados sociodemográficos, realizaram um teste de rastreio cognitivo (MoCA), Questionário Saúde Autoavaliada, Escala Autoperceção do Envelhecimento, Escala Satisfação com a Vida, Escala Felicidade Hedónica e Eudaimónica (HEMA). Análise dos resultados possibilitou inferir que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, relativamente aos três modelos de felicidade e à autoperceção do envelhecimento, mostrando que a média entre os homens e as mulheres foi igual, no entanto, na saúde autoavaliada verificaram-se diferenças significativas, os níveis de saúde autoavaliada dos homens foi mais baixo comparativamente com as mulheres. Análise dos preditores demonstrou que a saúde autoavaliada, foi determinada positivamente pela felicidade hedónica, enquanto a autoperceção do envelhecimento foi determinada positivamente pela felicidade eudaimónica e satisfação com a vida. No âmbito do envelhecimento com sucesso, este estudo demonstra a contribuição das experiências positivas e de felicidade, evidenciando a importância da existência de programas sociais e clínicos potenciadores de bem-estar.

Palavras-chave: psicologia positiva, saúde, autoperceção do envelhecimento e felicidade.

Abstract

This study aimed to analyze the relationships between health, self-perception of aging and happiness models: satisfaction with life, hedonic happiness and eudaimonic happiness. A convenience sample of 117 participants aged 65 years and over was used. Participants answered a questionnaire on sociodemographic data, performed a cognitive screening test (MoCA), Self-assessed Health Questionnaire, Aging Self-perception Scale, Life Satisfaction Scale, Hedonic and Eudaimonic Happiness Scale (HEMA). Analysis of the results allowed to infer that there were no statistically significant differences between the genders, relative to the three models of happiness and the self-perception of aging, showing that the average between men and women was equal, however, in self-assessed health significant differences, men's self-assessed health status was lower compared to women. Analysis of the predictors showed that self-assessed health was positively determined by hedonic happiness, while self-perception of aging was positively determined by eudaimonic happiness and life satisfaction. In the context of successful aging, this study demonstrates the contribution of positive experiences and happiness, highlighting the importance of social and clinical welfare-enhancing programs.

Keywords: positive psychology, health, self-perception of aging and happiness.

Abreviaturas

- APE** – Autopercepção do Envelhecimento
DCL - Déficit Cognitivo Ligeiro
ELSA - English Longitudinal Study of Ageing
FE – Felicidade Eudaimónica
FH – Felicidade Hedónica
HEMA - Hedonic and Eudaimonic Motivations for Activities
INE - Instituto Nacional de Estatística
MoCA - Montreal Cognitive Assessment
OMS - Organização Mundial da Saúde
SA – Saúde Autoavaliada
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*
SV – Satisfação com a Vida
SWLS - Satisfaction With Life Scale
UNFPA - United Nations Population Fund
WHO - World Health Organization

Símbolos

- DP** – Desvio-Padrão
F - Fisher-Snedecor (distribuição)
M – Média
N – Número
n - Frequência absoluta
p - Significância
t - Teste *t-student*
% - Percentagem
 χ^2 - Teste Qui-quadrado
R² - Coeficiente de Determinação
 β – Beta
 α - Alfa de Cronbach

Índice Geral

Introdução	10
Envelhecimento.....	11
Saúde.....	12
Saúde Autoavaliada	14
Autoperceção do envelhecimento	15
Felicidade.....	16
Satisfação com a vida	19
Felicidade hedónica	20
Felicidade Eudaimónica	21
Objetivos	22
Hipóteses.....	22
Método	22
Participantes.....	22
Desenho da Investigação.....	24
Instrumentos.....	24
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	24
Questionário Sociodemográfico	25
Questionário Saúde Autoavaliada.....	25
Escala de Autoperceção do Envelhecimento.....	25
Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).....	25
Escala de Felicidade Hedónica e Eudaimónica (HEMA).....	26
Procedimento da recolha de dados.....	26
Procedimento de análise de dados	27
Resultados	28
Análise de diferenças entre os géneros	28
Análise de correlações	29
Preditores da Saúde Autoavaliada e Autoperceção do Envelhecimento	29
Discussão	30
Implicações e limitações do presente estudo	34
Referências	38
Apêndices	I

Apêndice I: Consentimento informado – Instituição	II
Apêndice II: Consentimento informado - Participantes.....	III
Anexos	IV
Anexo I: Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	V
Anexo II: Protocolo de Investigação.....	VI

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra	23
Tabela 2 – Comparação dos valores médios da saúde autoavaliada, da autoperceção do envelhecimento, da satisfação com a vida, felicidade hedónica e eudaimónica entre géneros...	28
Tabela 3 - Matriz de correlações entre saúde autoavaliada, autoperceção do envelhecimento, satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica.....	29
Tabela 4 - Regressão Múltipla, pelo método stepwise, para Saúde Autoavaliada	30
Tabela 5 - Regressão Múltipla, pelo método stepwise, para Autoperceção Envelhecimento .	30

Introdução

Segundo os últimos dados do INE, o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões, face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080. O índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2060, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário de 65 e mais (INE, 2017). No final dos anos 90 a Organização Mundial de Saúde identifica a existência de mais fatores, que não só, os cuidados com a saúde, que podem ter influência na forma como se dá o processo de envelhecimento, tonando necessário uma visão e uma abordagem mais abrangente sobre este fenómeno, introduzindo uma nova designação “Envelhecimento Ativo”, com o objetivo de proporcionar a todos aqueles que chegam á velhice, uma melhor qualidade de vida (WHO, 2002).

O objetivo deste trabalho é estudar como as variáveis psicológicas positivas estão relacionadas com os diversos parâmetros de saúde e de perceção do envelhecimento, quais são os preditores dos diversos modelos de felicidade, satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica nas expetativas acerca da saúde autoavaliada e autoperceção do envelhecimento, as quais podem contribuir para elevar o padrão de qualidade de vida das pessoas mais velhas. A psicologia positiva fez com que houvesse um foco nos aspetos positivos e mais gratificantes da vida (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Esta evolução na investigação feita pela psicologia positiva, levou-a a uma nova abordagem tendo como objeto de estudo o bem-estar, sendo a sua avaliação feita através de cinco fatores: O empenho, as emoções positivas, o sentido, a realização e os relacionamentos positivos. Existem assim, várias razões que justificam a pertinência deste estudo, uma vez que, para as pessoas conseguirem a felicidade plena é necessário cultivarem emoções positivas, compromisso, relacionamentos positivos, sentido de vida e realização, como sendo necessários para o seu florescimento (Seligman, 2011). Atualmente, vários estudos demonstram que o funcionamento cognitivo nas pessoas mais velhas é influenciado ao longo do ciclo da vida por um conjunto de fatores, dos quais se destacam o nível de atividade mental e física, a personalidade e a presença de psicopatologia (Baptista, 2017). Várias investigações realizadas na Europa, América e Ásia, contemplam a existência de uma trajetória comum à maioria das pessoas, designada como o U da felicidade ao longo do ciclo de vida, as pessoas á medida que envelhecem apresentam um aumento da felicidade, associado à diminuição nos níveis de stresse, de preocupação e de cólera,

ou seja, as emoções negativas diminuem ao mesmo tempo que se verifica um aumento das emoções positivas e de satisfação com a vida. As pessoas que estão na meia idade evidenciam menores níveis de satisfação e de felicidade relativamente aos mais jovens e aos mais velhos (Carstensen, Pasupathi, Mary & Nesselroade, 2000; Charles, Reynolds & Gatz, 2001; Kuzmann, Little & Smith, 2000). Os fatores psicológicos e as crenças que um indivíduo obtém durante a sua vida, tem influência direta na forma como irá adaptar-se a situações adversas como a privação e o surgimento de doenças durante o processo de envelhecimento (WHO, 2002). Quando se fala em envelhecimento saudável e nos fatores de risco ou de proteção continua, apenas são referenciados quase de forma exclusiva a nutrição e o exercício físico como protetores, no entanto, existem fortes evidências empíricas de uma ampla gama de atividades de proteção da doença e de promoção ao envelhecimento saudável, como: atividade cognitiva, pensamento e atitude positiva, relações interpessoais, estilos de gestão do stress, resiliência, de controlo e autoeficácia para a autopercepção do envelhecimento, todas estas formas de comportamento são preditores de longevidade e de um envelhecimento saudável (Fernández-Ballesteros, 2011).

Na autopercepção do envelhecimento as atitudes positivas têm um papel determinante como fator de defesa ou recurso de coping, atuando como um meio de adaptação às perdas inerentes da velhice, como a saúde e as solicitações sociais e afetivas do dia a dia, estes recursos permitem que haja um ajustamento à realidade e a uma minimização das situações difíceis, proporcionando a reorganização e preservação do bem-estar psicológico (Silva, Farias, Oliveira, & Rabelo, 2012). A existência de vários modelos da felicidade, embora relacionados, torna complexo os estudos realizados, dando realce a diferentes aspetos e resultados do mesmo fenómeno, de forma a torná-lo mais compreensível, preservando as suas diferentes facetas ou significados, será, através das três perspetivas fundamentais da felicidade, a perspetiva da satisfação com a vida, a perspetiva hedónica e a perspetiva eudaimónica (Baptista, 2017).

Envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno da população mundial e uma realidade que não se pode contornar. A revolução industrial, no século XIX, trouxe uma redução tanto da natalidade como da mortalidade. Passou a existir um maior controlo e atenção à saúde em geral e, em particular, às doenças degenerativas e crónicas, típicas das pessoas mais velhas. Ganhou-se uma nova e melhor qualidade de vida, além da eventualidade de resistir a doenças que anteriormente

provocavam a morte numa idade mais precoce (Zimerman, 2000). A esperança média de vida aumentou em mais de vinte anos nas últimas cinco décadas, prevendo-se que irá continuar a crescer durante as próximas décadas, com um aumento de dez anos até 2050 (UNFPA, 2011). Com a propensão a nível mundial do envelhecimento demográfico ocorre em simultâneo um crescimento nas doenças neurodegenerativas e nas situações de demência, esta realidade, torna inevitável que surjam instrumentos de avaliação psicológica mais assertivos e efetivos, de forma a poder corresponder aquele que será o maior problema de saúde nas pessoas com mais de 65 anos. Devido à evolução do envelhecimento da população, houve um investimento na investigação no âmbito da avaliação psicológica, desenvolveram-se um inúmero assinalável de instrumentos, em Portugal incidiu-se a investigação no âmbito da avaliação, nas áreas do rastreio cognitivo, memória, funções executivas, avaliação funcional, inteligência, personalidade, depressão, ansiedade, qualidade de vida e felicidade (Simões, 2012).

Com o envelhecimento ocorrem modificações a nível social, psicológico e biológico, nesse sentido e no âmbito do envelhecimento ativo, além da importância da saúde física, é de extrema importância a existência de estratégias e programas que promovam a saúde mental e as relações sociais (Fernández-Ballesteros, 2011). Na vida das pessoas mais velhas é particularmente importante atribuir um especial cuidado aos fatores emocionais, pois são extremamente pertinentes nesta fase, uma vez que, existem crenças nas sociedades que são geradoras de dificuldades para quem chega a esta fase da vida, são identificadas como: inúteis, frágeis, impertinentes e um peso social, esta visão afeta a sua autoestima e o seu bem-estar. Deste modo procurou-se de forma progressiva critérios de avaliação para o sucesso no envelhecimento, como: a autonomia, o controlo pessoal, a competência, o bem-estar psicológico, a saúde física e mental e a longevidade (Fonseca & Paúl, 2006).

Saúde

A saúde, o bem-estar psicológico e a felicidade estão interligadas, e esse vínculo vai sendo cada vez mais forte à medida que a idade avança. A Organização Mundial de Saúde desde 1946 que menciona o direito consagrado e fundamental às pessoas mais velhas de terem o melhor nível de saúde possível, de modo a que haja uma sociedade mais feliz. Este período da vida deve ser vivido com qualidade de vida e uma boa saúde, ou seja, com a ausência de doenças ou limitações e com bem-estar físico e mental. Em consequência deste fenómeno, tem sido, desenvolvidas várias intervenções focadas em diferentes pontos, sobretudo intervenções

baseadas no estilo de vida e no envolvimento social, na nutrição, no exercício físico e nos aspetos cognitivos (Baptista, 2017). Face ao envelhecimento da população mundial é cada vez mais assertivo a existência de ações que promovam a educação em saúde, a prevenção e o adiamento de doenças, que irão ajudar na manutenção da independência e da autonomia das pessoas mais velhas (Veras, Caldas & Cordeiro, 2013). Quando as pessoas mais velhas apresentam bons níveis de saúde, a longevidade torna-se numa conquista muito positiva e num indicador de independência, o qual oferece uma maior abertura e disponibilidade para a participação e realização de atividades e tarefas, no entanto, o envelhecimento para algumas pessoas mais velhas é sinónimo de alterações negativas, como por exemplo, a perda de capacidades físicas, executivas e de memória, promotoras da perda de autonomia e de independência, dando azo ao surgimento de problemas de saúde, a menor importância e relevância a nível social, fazendo com que as pessoas mais velhas tenham de recorrer à ajuda de terceiros (Fernández-Ballesteros, 2011).

Na saúde física e mental, as emoções positivas e o comportamento adaptativo são fatores preditores de uma vida mais compensadora, que irá permitir alcançar o seu potencial e reduzir ou eliminar comportamentos indesejados e emoções negativas (Compton, 2005). A saúde subjetiva, corresponde à perceção e avaliação, que um indivíduo faz do seu estado de saúde físico e mental, bem como, na comparação com outros indivíduos. A manutenção de uma boa saúde subjetiva, leva a que as pessoas mais velhas tenham um menor risco de mortalidade quando existe um agravamento da saúde objetiva. Os fatores psicológicos ajudam a explicar as diferentes perceções que os indivíduos têm sobre as doenças físicas a sua saúde subjetiva, quanto maior o conhecimento e compreensão mais sucesso terão em manter uma saúde subjetiva razoável mesmo na presença de uma doença grave. Os sistemas de saúde devem estar preocupados não apenas com a doença e a incapacidade, mas também com métodos de apoio e de intervenção mais assertivos, para um estado psicológico mais positivo dos indivíduos (Steptoe, Deaton & Stone, 2015). A expectativa de vida das mulheres é mais elevada do que a dos homens e apresentam uma maior prevalência na incapacidade funcional, o que demonstra que, além de viverem mais, são mais resilientes aos problemas de saúde. Este evento pode ser explicado, em parte, devido à diferença nas doenças associadas a cada um dos géneros, que podem criar incapacidade, e por fatores comportamentais, que revelam uma maior procura por parte das mulheres dos serviços de saúde (Barreto, Giatti, Kalache, 2004).

Saúde Autoavaliada

A saúde autoavaliada é um procedimento de avaliação reconhecido por fornecer indicações de percepção subjetiva do estado de saúde dos indivíduos na dimensão física e mental, sendo também um preditor importante de morbidade e de mortalidade nas pessoas com idade mais elevada (Sillén, Nilsson, Mansson, & Nilsson., 2005). No âmbito do envelhecimento, a saúde autoavaliada é considerada como um dos preditores mais relevantes e influenciadores do envelhecimento bem-sucedido (Botelho, 2005; Ocampo, 2010). A percepção que os indivíduos têm da saúde pode influenciar comportamentos e atitudes, com repercussões na condição de saúde e no processo de envelhecimento. A multidimensionalidade é influenciada pela capacidade dos indivíduos em desenvolver resiliência aos fatores negativos e prejudiciais, escolhendo ações saudáveis que promovam a qualidade de vida (Gebel, Bauman, Sugiyama, & Owen, 2011; Lackey & Kaczynski, 2009). No campo de ação da investigação da saúde em seniores, as percepções que os indivíduos têm da sua saúde, possibilita aos técnicos que trabalham na área da saúde uma ação mais assertiva nas necessidades mais prementes, permitindo uma melhor qualidade na prestação de cuidados (Ferreira & Ferreira, 2006). A avaliação da saúde autoavaliada e da qualidade de vida são dois elementos cada vez mais aplicados na prática clínica e no âmbito da investigação, possibilitando uma melhor compreensão das verdadeiras necessidades dos indivíduos e conseqüentemente uma maior assertividade na intervenção da prestação de cuidados dos profissionais de saúde (Ferreira & Ferreira, 2006).

Neste contexto, várias investigações demonstram que as mulheres exibem, no geral, um maior percentual de saúde autoavaliada e apesar desta autoavaliação da saúde estar associada a uma compreensão negativa da própria saúde, é um fator indicador de influência positiva na qualidade de vida e torna-se relevante nas investigações sobre a autoavaliação da saúde (Idler, 2003; Alves & Rodrigues, 2005; Asfar, Ahmad, Rastam, Mulloli, Ward & Maziak, 2007; Souza, Otero, Almeida, Turci, Figueiredo & Lozana, 2008; Lima, Barros, César, Goldbaum, Carandina & Ciconelli, 2009). Outro estudo interessante desenvolvido em Portugal com dados referentes à saúde autoavaliada dos seniores portugueses, foi o “Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa”, de onde se salienta a inclusão de diversos fatores que determinassem o perfil do envelhecimento da população portuguesa, de entre eles, a percepção do estado de saúde associado ao género, à idade e à zona do país, dos resultados obtidos destaca-se que a saúde autoavaliada encontrava-se estatisticamente associada ao

género, e onde o género feminino apresenta índices mais negativos em relação à saúde, nomeadamente na autoavaliação da saúde (Oliveira, Rosa, Pinto, Botelho, Morais & Veríssimo, 2010). Na comparação entre géneros, estudos revelam que o facto de o género feminino experienciar mais sintomas e doenças devido autoavaliação negativa da saúde, conduz a uma menor satisfação com a vida (Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll & Decker, 2009; Belém, Melo, Pedroza & Menezes, 2016). Sendo ainda relevante referir que nas diferenças entre géneros, o baixo índice de saúde autoavaliada no género masculino revela a presença de morbididades mais elevada nos homens, tal facto poderá resultar, devido aos homens detetarem as doenças em estágios mais avançados, por não realizarem precocemente diagnósticos de saúde e pela sua maior vulnerabilidade perante a doença (Alves & Rodrigues, 2005; Asfar et. al., 2007).

Autoperceção do Envelhecimento

A autoperceção do envelhecimento, também referida como percepções ou atitudes em relação ao envelhecimento, descreve as experiências e as expectativas dos indivíduos durante o seu processo de envelhecimento. O baixo controle no processo de envelhecimento, ou a percepção de que o futuro não pode proporcionar uma perspectiva de melhor saúde, podem ter um efeito prejudicial sobre a saúde mental (Wurm & Benyamini, 2014). Os indivíduos são expostos a estereótipos de idade ao longo do ciclo de vida, e a internalização desses estereótipos molda as avaliações individuais da própria experiência de envelhecimento. À medida que os indivíduos evoluem recebem mensagens implícitas e explícitas sobre o processo de envelhecimento, com o tempo, o conteúdo dessas mensagens consolida-se como estereótipos, e os indivíduos adquirem expectativas estereotipadas sobre os seniores e o que significa envelhecer, ao alcançar o envelhecimento, os estereótipos de idade ganham saliência, e os seniores podem incorporar esses atributos como autoconceito, resultando na incorporação dessas características, o seu comportamento. Consequentemente, à medida que vão integrando essas informações estereotipadas positivas ou negativas, determinam a sua autoperceção do envelhecimento (Levy, 2009). Sendo pertinente uma atitude preventiva, por parte dos clínicos, da sociedade e da família, para transmitir aos seniores o conhecimento sobre as mudanças biológicas, psicológicas e sociais correlacionadas com o envelhecimento, associadas com estratégias de autocuidado relativas à autoperceção positiva do envelhecimento e aos efeitos na saúde (Mendoza-Núñez, Sarmiento-Salmerán, Marín-Cortés, Martínez-Maldonado & Ruiz-

Ramos, 2018). A literatura refere que a avaliação subjetiva do processo de envelhecimento pode ser mais importante do que a presença objetiva ou ausência de doença / incapacidade na determinação da saúde, do bem-estar e da felicidade nas pessoas mais velhas (Montross, Depp, Daly, Reichstadt, Golshan, Moore, Sitzer & Jeste, 2006). A investigação sobre a importância da autopercepção do envelhecimento, revelou que, as autopercepções positivas do envelhecimento são associadas a uma variedade de desfechos de saúde entre seniores, incluindo maior longevidade e melhor saúde funcional (Levy, Slade, Kunkel & Kasl, 2002; Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf & Smith, 2009). Por outro lado, as consequências negativas como doenças, perdas na capacidade de realização de tarefas quotidianas e de prazer, são geradoras de autopercepção negativa do envelhecimento, como consequência, fatores como a prevenção, promoção e cuidados de saúde são negligenciados pelos indivíduos, tornando-se num preditor de menor qualidade de vida e de maior propensão a problemas de saúde (Wurm, Warner, Ziegelmann, Wolff, & Schüz, 2013; Wurm & Benyamini, 2014).

No domínio da investigação clínica, vários estudos procuraram analisar qual dos géneros seria maior preditor de uma avaliação mais positiva ou negativa de autopercepção do envelhecimento, referindo que nos resultados obtidos, não foram encontradas diferenças significativas entre os géneros feminino e masculino (Steverink, Westerhof, Bode & Dittmann-Kohli, 2001; Depaola, Griffin, Young & Neimeyer, 2003; Foos, Clark & Terell, 2006; Ceremnych, Alekna & Valeikienè, 2007; Kalfoss, 2016). Com o aumento de investigações nesta área e um melhor conhecimento, poder-se-á possibilitar o desenvolvimento de estratégias de intervenção de forma a transformar as autopercepções de envelhecimento negativas em positivas. As autopercepções negativas do envelhecimento preveem o início e a persistência de depressão e ansiedade em adultos mais velhos. As atitudes em relação ao envelhecimento podem ajudar a reduzir o ônus da depressão e da ansiedade entre os idosos, uma vez que está ligada a uma variedade de resultados de saúde, onde trabalhando as autopercepções e os estereótipos do envelhecimento negativo pode ter um benefício de múltiplos resultados na saúde (Freeman, Santini, Tyrovolas, Rummel-Kluge, Haro & Koyanagi, 2016).

Felicidade

O conceito felicidade é a pedra angular dos pressupostos da psicologia positiva, caracterizada pela experiência de estados afetivos positivos mais frequentes que os negativos, bem como pela percepção de que se está a evoluir em direção a objetivos importantes de vida

(Tkach & Lyubomirsky, 2006). Com sentido aproximado ao florescimento, à qualidade de vida e ao bem-estar, ou seja, alusivo a momentos prazerosos e de agradabilidade, que se opõe aos momentos de sofrimento, de tristeza e de complexidade (Grinde, 2012). O sentimento de agradabilidade, uma vida com sentido e um funcionamento adequado são os pilares da ciência da felicidade, no entanto, os sentimentos positivos de bem-estar e prazer não são a única base da felicidade, para alcançar esse objetivo, bem como, os seus elementos fundamentais, é também necessário haver um trajeto de vida cheio de interesse, virtudes, persistência e resiliência (Baptista, 2013). Indivíduos felizes são aqueles que tem sucessivamente experiências emocionais positivas, tais como, a alegria, o orgulho e o interesse, contudo, sem estarem ausentes, mas com menos frequência, as emoções negativas como a tristeza, a ansiedade e a raiva. (Lyubomirsky, King & Diener, 2005). Na procura de compreender a felicidade, a investigação é complexa e apresenta diferentes perspectivas, no entanto, num esforço de os tornar mais compreensíveis, sem deixar de destacar e dar seguimento aos seus resultados, procurando otimizá-los através de três modelos da felicidade: a perspectiva da satisfação com a vida, a perspectiva hedónica e a perspectiva eudaimónica, existindo uma nova perspectiva a ser incluída, a perspectiva do florescimento (Baptista, 2017). Com o intuito de analisar o valor explicativo de cada um dos modelos da felicidade, permitindo que a prática de atividades associadas ao envelhecimento ativo e um maior otimismo em relação ao envelhecimento possam contribuir em grande medida para um melhor estado de saúde e qualidade de vida das pessoas mais velhas (Delle Fave, Bassi, Boccaletti, Roncaglione, Bernardelli, & Mari, 2018). Sendo a abordagem biomédica focada na doença precisa de ser substituída por uma perspectiva mais abrangente, com foco no bem-estar biopsicossocial e na prevenção a todos os níveis. Um recurso fundamental para atingir esses objetivos é a promoção, o envolvimento ativo, a responsabilidade e a autodeterminação na preservação e melhoria das condições de saúde (Ng et al., 2012; Jeste & Palmer, 2013). Os investimentos em recursos são necessários para atender adequadamente às necessidades dos indivíduos neste estágio da vida, com um envolvimento ativo em comportamentos de promoção da saúde (Prochaska & Prochaska, 2016). Estudos sobre a promoção da felicidade nas pessoas mais velhas coordenam-se em torno do conceito de envelhecimento bem-sucedido (Depp & Jeste, 2006; Doyle, McKee, & Sherrif., 2010). Com indicadores psicológicos positivos como, estabilidade emocional, tomada de decisão racional baseada na experiência de vida, empatia e compaixão (Jeste & Harris, 2010; Ardel, 2016). Não obstante as substanciais mudanças físicas e sociais que

ocorrem com o envelhecimento, a atitude subjetiva em relação a essas mudanças desempenha um papel central na previsão do bem-estar e da saúde física na velhice (Levy & Myers, 2004; Tovel & Carmel, 2014; Bryant, Bei, Gilson, Komiti, Jackson, & Judd., 2016; Thomsen, Lind, & Pillemer., 2017). Na comparação entre géneros, enquanto homens e mulheres demonstram ser em geral felizes, evidências empíricas indicam que as mulheres começam a vida mais felizes que os homens, mas acabam menos felizes (Easterlin, Hinte, Zimmermann & der Arbeit, 2010), isto é, as mulheres vivem mais anos felizes do que os homens, no entanto, depois da meia idade o padrão inverte-se. Em estudos realizados sobre a diferença dos géneros, na felicidade das pessoas mais velhas, os resultados evidenciaram maiores níveis de felicidade nos homens em comparação com as mulheres, a ocorrência de problemas de saúde e a viuvez, com maior incidência nas mulheres, poderão ser dois dos fatores mais influenciadores na tendência de alteração deste paradigma no que respeita à felicidade nos seniores (Pinquart & Sorensen, 2001; Inglehart, 2002; Easterlin, et. al., 2010; Cabral, Ferreira, da Silva, Jerónimo & Marques, 2013; Lima, Belon & Barros, 2016).

Os níveis altos de felicidade promovem a saúde física e a longevidade, na promoção do envelhecimento bem-sucedido, as investigações exploraram o papel específico dos componentes da satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica (Chida & Steptoe, 2008; Koopmans, Geleijnse, Zitman, & Giltay., 2010; Diener & Chan, 2011), por outro lado, níveis altos de bem-estar psicológico podem contrabalançar as consequências negativas das doenças crónicas e deficiências (Bassi, Falautano, Cilia, Goretti, Grobberio, & Pattini, 2014; Ryff, 2014). O Estudo Longitudinal do Envelhecimento (ELSA) mostrou que o bem-estar subjetivo está associado a taxas de sobrevivência mais elevadas (Steptoe & Wardle, 2011). Um estudo profícuo neste domínio mostrou que, em geral, apesar de piores condições físicas, os seniores são mais felizes e tem maior satisfação com a vida do que os mais jovens (Blanchflower & Oswald, 2008). Em relação ao bem-estar psicológico, alguns estudos realizados nos EUA detetaram mudanças relacionadas ao envelhecimento, incluindo uma diminuição no crescimento pessoal e propósito de vida, um aumento na autonomia e no domínio ambiental, e valores estáveis de relações positivas e autoaceitação (Clarke, 2001; Keyes, Shmotkin, & Ryff., 2002). Comparativamente, níveis altos de controle percebido e o uso preferencial de estratégias adaptativas de confrontação (focadas no problema e numa reavaliação positiva) estão associadas à satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica (Etezadi & Pushkar, 2013). Deste modo, é pertinente avaliar através dos três

modelos da felicidade, satisfação com a vida, felicidade hedônica e felicidade eudaimônica, como variáveis independentes, que influência poderão ter como preditores da saúde autoavaliada e da autopercepção do envelhecimento.

Satisfação com a Vida

A importância atribuída ao bem-estar é universal, não só no plano individual, como no coletivo, é uma preocupação abrangente a todas as áreas a nível social, considerando-se imprescindível avaliar o bem-estar subjetivo, por ser revelador do processo evolutivo (Huppert & So, 2013). Os indivíduos com níveis de bem-estar elevados mostram um funcionamento mais eficiente que aqueles que exibem níveis mais baixos, isto é, são indivíduos que conseguem ter sucesso nas relações sociais e são mais eficazes, fazendo com que sejam compensados de forma mais satisfatória do que os outros, permitindo-lhes ter acesso a melhores cuidados de saúde física e mental, assim, pode-se concluir que os indivíduos que apresentam um bem-estar subjetivo alto vivenciam mais afetos positivos do que afetos negativos, tendo uma apreciação mais abrangente e positiva da sua vida (Diener, Lucas & Oishi, 2009). O esclarecimento para a analogia entre os dois elementos do bem-estar subjetivo, fez com que surgissem dois modelos psicológicos, o bottom up, modelo ascendente e o top down, modelo descendente (Giacomoni, 2004). Na definição destes dois modelos é relevante destacar que, no modelo bottom up, a felicidade advém da satisfação direta das carências existentes na vida dos indivíduos, por sua vez a infelicidade ocorre devido à não resolução dessas mesmas necessidades. No modelo de top down, o desejo e a adaptação resultam das experiências vividas, das crenças e valores e da interação social do indivíduo ao longo da sua vida, para que possa ter um nível concreto de agradabilidade de forma a tornar possível a existência de momentos e períodos de felicidade (Heller, Watson & Remus, 2004).

O bem-estar subjetivo é constituído por três elementos fundamentais, a satisfação, o afeto positivo e o afeto negativo, sendo um conceito que influencia de forma positiva a saúde física e mental, contribuindo eventualmente, para o aumento da longevidade. A felicidade torna-se num preditor de indivíduos mais ativos, com melhor índice na resolução de problemas, com melhor autoestima e integração social (Quartilho, 2010). A satisfação com a vida é definida como uma avaliação cognitiva e afetiva que uma pessoa faz sobre a sua vida, essa avaliação inclui reações emocionais aos eventos, bem como, julgamentos cognitivos de satisfação e realização. Assim, o bem-estar subjetivo é um conceito amplo que inclui a experimentação de

emoções agradáveis, com baixos níveis de humor negativo e com o aumento da satisfação com a vida. As experiências positivas incorporadas com o bem-estar subjetivo são um conceito central da psicologia positiva, pelo facto de proporcionarem uma vida gratificante (Diener et al., 2009). A perspetiva de satisfação com a vida, destaca fundamentalmente o processamento cognitivo consciente, como preditor da felicidade, mesmo tendo em conta os fatores emocionais (Baptista, 2017).

Felicidade Hedónica

A Perspetiva Hedónica, defende que, para se conseguir o bem-estar tem-se de alcançar o máximo prazer, evitando a dor. Procurando analisar concepções distintas sobre o bem-estar, na manifestação de afetos positivos e a inexistência de afetos negativos (Ryan, Huta & Deci, 2008). A felicidade hedónica não é uma simples dimensão unipolar, sendo composta pelo menos por duas dimensões associadas, portanto, adjetivos positivos e negativos são necessários para uma avaliação razoável da felicidade hedónica (Steptoe, et a., 2015). Destaca-se pela relevância do envolvimento em atividades que oferecem experiências emocionais positivas, como o bem-estar e o prazer, e crê que a felicidade é vivida com a presença regular de momentos agradáveis, com o objetivo de alcançar o prazer e obter aquilo que se deseja. A perspetiva hedónica refere-se à organização ou aos sentimentos experimentados de felicidade no dia a dia, não ao entendimento da satisfação com a vida, ficando integrada pela informação única da condição emocional do individuo (Baptista, 2017). A felicidade hedónica procura o aumento do prazer e a diminuição da dor, e surge quando vivências prazerosas e recompensas sensoriais submetem as existências de desprazer. Assim de forma genérica, os psicólogos hedónicos definem o bem-estar como felicidade subjetiva, ou seja, na experiência do prazer versus o desprazer, incluindo os bons e maus momentos decorrentes do dia a dia (Ryan & Deci, 2001), isto é, as intervenções com suporte nas teorias hedónicas concebem resultados num curto espaço de tempo (Huta & Ryan, 2010).

Houve uma revolução na avaliação da felicidade hedónica na última década. convencionalmente, as medidas de felicidade hedónica, procuram fazer com que os indivíduos relatem períodos relativamente breves e recentes e, assim, a percussão mais direta aos estados emocionais sem a sobreposição da avaliação. para tais avaliações poderem variar desde o momento imediato até a períodos mais longos, o estabelecimento de índices hedónicos mais confiáveis, geralmente são feitos através de médias múltiplas de avaliações momentâneas. O

bem-estar das pessoas mais velhas é importante por si só, e há evidências sugestivas de que estados hedónicos positivos, avaliação de vida e felicidade eudaimónica são relevantes para a saúde e para a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Os sistemas de saúde devem estar preocupados não apenas com a doença e a incapacidade, mas também com métodos de apoio para melhorar os estados psicológicos positivos (Steptoe et al., 2015).

Felicidade Eudaimónica

A perspetiva eudaimónica procura analisar o bem-estar como um método de realização do individuo e não como uma consequência final, isto é, investiga o desenvolvimento e atualização das capacidades humanas, não se limitando apenas á felicidade (Deci & Ryan, 2008). Enfoca os julgamentos sobre o significado e o propósito de vida, sendo um construto diversificado, onde o bem-estar é conseguido através de atividades psicológicas positivas, de realização pessoal, analisando a vida no seu todo (Ryan et al., 2008). O conceito da perspetiva eudaimónica é diferente do conceito da perspetiva hedónica, na medida em que, é alicerçado no facto da felicidade poder ser obtida quando um individuo fomenta ou deseja alcançar objetivos com determinada utilidade ou significado. A felicidade autêntica, poderá ser atingida pela contemplação e pela virtude, e no esforço para abranger as capacidades pessoais e a perfeição, ocultando o prazer como critério para a experiência da felicidade demonstrada a longo prazo. Este modelo teórico teve um enorme desenvolvimento e aceitação com a chegada da psicologia positiva. A convergência da felicidade eudaimónica está nos conceitos de significado e finalidades da vida, sendo a experiência de difícil delimitação, pelo facto de aludir à implicação de múltiplas atividades (Baptista, 2017). Na perspetiva da felicidade nas pessoas mais velhas, aquelas que sofrem de doenças crónicas e evidenciam níveis elevados de humor deprimido. No estudo longitudinal (ELSA) a felicidade eudaimónica está associada a uma melhor resiliência, a um senso de decisão, significado e qualidade de vida, enquanto que o bem-estar psicológico e a saúde estão intimamente ligadas às pessoas mais velhas em três aspetos: satisfação com a vida, felicidade hedónica e nos sentimentos de felicidade, de tristeza, etc. (Steptoe et al., 2015). Assim, face ao interesse nas atividades que proporcionem significado, autorrealização e satisfação pessoal, serão introduzidos os modelos de bem-estar social e de bem-estar psicológico (Ryff & Singer, 2008). Tonando-se num fenómeno complexo, a felicidade eudaimónica estimulou o interesse em muitos autores, que perante o desafio dessa complexidade, procuram desenvolver novas conceptualizações sobre o bem-estar (Huta, 2013).

Objetivo

O processo de envelhecimento é um fenómeno de extrema importância, pela realidade das sociedades atuais, pelo paradigma da esperança média de vida ter aumentado, e com isso a necessidade de maior investimento na investigação, promoção e avaliação das modificações biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, procurando estratégias e programas que incentivem a saúde física e mental ao longo do ciclo de vida, para o sucesso no envelhecimento. O presente estudo pretendeu estudar as relações dos diversos modelos de felicidade: satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica com a saúde autoavaliada e a autoperceção do envelhecimento nas pessoas mais velhas, procurando contribuir para uma melhor perceção de quais os atributos positivos para a felicidade nas pessoas com ou mais de 65 anos.

Hipóteses

Tendo sido o objetivo definido, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- H1 - Espera-se que as mulheres apresentem índices mais elevados de saúde autoavaliada do que os homens.
- H2 – Não são esperadas diferenças significativas entre as mulheres e os homens nos índices de autoperceção do envelhecimento.
- H3 - São esperadas diferenças significativas entre as mulheres e os homens nos diversos modelos de felicidade.
- H4 – Espera-se que a saúde autoavaliada seja determinada pela satisfação com a vida, felicidade hedónica e/ou felicidade eudaimónica.
- H5 – Espera-se que a autoperceção do envelhecimento seja determinada pela satisfação com a vida, felicidade hedónica e/ou felicidade eudaimónica.

Método

Participantes

Foram incluídos neste estudo 117 pessoas, utilizou-se uma amostra de conveniência, sendo que 41% eram do género masculino (n= 48) e 59% do género feminino (n= 69), oriundos da Santa Casa da Misericórdia do Barreiro, distrito de Setúbal. Nesta investigação a população alvo foram pessoas com 65 anos ou mais, tendo sido estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: saber ler e escrever em português; ausência de incapacidade motora e/ou sensorial

que possam influenciar o preenchimento do protocolo de investigação. Como critérios de exclusão foram considerados: ter idade inferior a 65 anos; ter déficit cognitivo ou déficit cognitivo ligeiro, avaliado pelo MoCA; presença de doenças neurológicas; doenças sistémicas crónicas não estabilizadas com impacto na cognição.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra

	Género				t	p		
	Masculino		Feminino					
	(N = 48; 41%)		(N = 69; 59%)					
	M	DP	M	DP				
Género								
Idade	72.7	4.3	74.4	6.2	1.6	.095		
Anos de Escolaridade	6.7	3.5	5.3	2.6	2.4	.016*		
	Masculino		Feminino		Total		x ²	p
	(N = 48; 41%)		(N = 69; 59%)		(N = 117; 100%)			
	N	%	N	%	N	%		
Estado Civil							9.18	.027
Solteiro	0	0	2	1.7	2	1.7		
Casado / União de Facto	26	22.2	35	29.9	61	52.1		
Divorciado / Separado	13	11.1	7	6.0	20	17.1		
Viúvo	9	7.7	25	21.4	34	29.1		
Religião							. ^a	. ^a
Católica	48	41.0	69	59.0	117	100		
Etnia							.70	.40
Caucasiana	48	41.0	68	58.1	116	99.1		
Negra	0	0	1	0.9	1	0.9		

^a nenhuma estatística é determinada porque a religião é uma constante

A comparação entre os géneros para a idade mostrou que a média de idades é de 73.6 anos (DP= 4.4), não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os géneros $t(115) = -1.6$; $p = .095$. Na escolaridade é possível observar que, os homens registaram uma média de 6,7 e (DP= 3,5 enquanto as mulheres 5,3 e (DP= 2,6), mostrando existirem diferenças

significativas $t(115) = 2,4$ $p = .016$. entre os géneros comparativamente aos anos de escolaridade, onde os homens apresentam mais educação. Relativamente ao estado civil, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros $\chi^2(3) = 9.18$; $p = .027$, para a religião e para a etnia não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, $\chi^2(1) = .70$; $p = .40$, ver Tabela 1.

Desenho da Investigação

É um estudo transversal, uma vez que, os participantes foram avaliados num único momento. Na execução de um estudo transversal o investigador tem que, primeiro, definir o protocolo aplicar, depois, determinar a população a estudar e um método de escolha da amostra e, por último, delinear os fenómenos a estudar e os instrumentos de medição das variáveis que foram analisadas.

Instrumentos

Neste estudo foi aplicado um protocolo de investigação, composto por um questionário sociodemográfico, construído com o objetivo de recolher dados que permitam caracterizar a amostra e explorar os resultados decorrentes das características individuais, um teste de rastreio cognitivo, e, uma bateria de questionários de autorresposta: o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) de (Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin & Chertkow, 2005), o Questionário Saúde Autoavaliada (Wu, Wang, Zhao, Ma, Wu, Yan, & He, 2013), a Escala de Autoperceção do Envelhecimento (Kleinspehn-Ammerlehn, Kotter-Grühn, & Smith, 2008; Wurm, Tesch-Romer & Tomasik, 2007), a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), e a Escala de Felicidade Hedónica e Eudaimónica (HEMA) de (Huta, & Ryan, 2010).

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

É o instrumento de rastreio cognitivo desenvolvido para avaliação das formas mais ligeiras de declínio cognitivo. O tempo de aplicação é de aproximadamente 15 minutos, permitindo atingir uma pontuação máxima de 30 pontos, o ponto de corte original para o défice cognitivo ligeiro é de 26 pontos. Dados de natureza psicométrica permitem concluir que os valores da fiabilidade são muito positivos, com uma consistência interna, alfa de Cronbach de .90. O MoCA avalia 8 domínios cognitivos: Função Executiva; Capacidade Visuo-espacial;

Memória a Curto Prazo; Atenção, Concentração, Memória de Trabalho; Linguagem; e Orientação (Nasreddine et al., 2005). Na versão portuguesa do MoCA os dados normativos foram estratificados de acordo com os diferentes níveis de escolaridade e idade dos adultos e seniores, assim para indivíduos com 65 anos ou mais e cuja escolaridade é de 1 a 4 anos, o ponto de corte é de 21 (Freitas, Simões, Alves & Santana, 2011).

Questionário Sociodemográfico

A utilização do questionário de dados demográficos serviu para proceder à caracterização sociodemográfica da amostra, composto por sete questões, para avaliar: a idade, o género, a escolaridade, a profissão, o estado civil, religião e etnia.

Questionário Saúde Autoavaliada

É uma medida de 11 itens com formato de resposta de múltipla escolha, que varia da letra a) à letra l), sendo um indicador que concebe uma autoavaliação global do indivíduo, que considera sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por um profissional de saúde), além do impacto dessas condições sobre o seu bem-estar físico, mental e social. A cotação dos itens define o resultado total que pode variar de 0 a 11 pontos. As qualidades psicométricas do questionário de saúde autoavaliada apresentaram uma consistência interna, com um alfa de Cronbach de .78 (Wu et al. 2013). Neste estudo a escala apresentou uma adequada consistência interna, alfa de Cronbach de .72.

Escala de Autopercepção do Envelhecimento

É uma medida de crenças pessoais acerca dos modos de como lidar com a experiência do envelhecimento que avalia as autopercepções do envelhecimento e contribui para um melhor entendimento da experiência subjetiva do envelhecimento, ajudando a identificar os indivíduos que estão em risco, devido a percepções inadequadas em relação ao processo de envelhecimento. A escala é composta por 9 itens que os participantes avaliam usando uma escala de Likert de 5 pontos, variando de 1, concordância baixa, a 5, concordância alta. O estudo das propriedades psicométricas mostrou um coeficiente alfa de Cronbach de .80 (Kleinspehn-Ammerlehn, et al., 2008; Wurm, et al., 2007). No presente estudo a escala apresentou níveis de consistência interna adequados, demonstrando um $\alpha = .67$.

Escala de Satisfação com a Vida

Bem-estar subjetivo medido através da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), que avalia o julgamento subjetivo global de satisfação com a vida. Os participantes indicaram em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal e quão satisfeitos estão com as suas vidas. A escala é composta por cinco itens formulados no sentido positivo, com formato de resposta numa escala de Likert de sete pontos que pode variar entre 1 (Discordo totalmente) e 7 (Concordo totalmente). A cotação dos itens permite obter uma pontuação entre 5 (menor grau de satisfação com a vida) e 35 pontos (maior grau de satisfação com a vida), em que uma pontuação 20 representa o ponto neutro da escala. Pontuações entre 5 e 9 indicam que o sujeito se sente “extremamente insatisfeito com a sua vida”, entre 31 e 35 “extremamente satisfeito com a vida”, entre 21 e 25 “ligeiramente satisfeito” e entre 15 e 19 “ligeiramente insatisfeito”. A medida revela uma adequada consistência interna, com um alfa de Cronbach de .87 e estabilidade temporal, através do método teste-reteste (2 meses) com um coeficiente de .82. (Diener et al., 1985). Esta medida foi validada para Portugal por Neto, Barros & Barros (1990), posteriormente por Simões (1992) e, mais recentemente por Laranjeira (2009), a escala apresentou uma consistência interna adequada com um valor alfa de Cronbach de .78. No presente estudo a escala apresentou níveis de consistência interna adequados, demonstrando um valor alfa de Cronbach de .84.

Escala de Felicidade Hedónica e Eudaimónica (HEMA)

É um instrumento de dez itens composto por uma subescala de motivação hedónica (5 itens) e uma subescala de motivação eudaimónica (5 itens). As respostas a cada item são efetuadas numa escala de Likert que varia de 0, nada a 7, muitíssimo (Huta, & Ryan, 2010). A escala HEMA permite uma avaliação simultânea de orientações tanto hedónicas como eudaimónicas. O HEMA demonstrou boas propriedades psicométricas, com um valor alfa de Cronbach para a subescala eudaimónica de .87 e para a subescala hedónica .85. No presente estudo a escala mostrou bons níveis de consistência interna, demonstrando um valor alfa de Cronbach de .90 para a subescala hedónica e valor alfa de Cronbach de .89 para a subescala eudaimónica.

Procedimento de Recolha de Dados

Foi solicitada a participação voluntária de pessoas com 65 anos ou mais residentes no

distrito de Setúbal. A recolha de dados foi efetuada na Santa Casa da Misericórdia do Barreiro. Esta investigação foi submetida à apreciação da Comissão de Ética e Deontologia de Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Após a sua aprovação, foi solicitada a autorização da recolha de dados por parte da Santa Casa da Misericórdia em questão, tendo sido feito um pedido formal para a realização deste estudo, de forma, acautelar todas as situações éticas e legais.

De seguida e após seleção aleatória, dos indivíduos para a realização da recolha de dados, foi solicitada a sua autorização para a participação na investigação, através do consentimento informado por escrito (ver Apêndice I). Foi solicitada a colaboração voluntária dos indivíduos, facultando as explicações necessárias ao preenchimento, informando que não existiam respostas certas ou erradas, que a sua participação tinha carácter anónimo e voluntário e, que poderiam desistir a qualquer momento. De seguida, foi entregue o protocolo de investigação (consultar Anexo 1).

Uma vez que estive presente na recolha de dados, sempre que os participantes tivessem dúvidas no preenchimento dos questionários, tiveram o apoio do investigador que os esclareceu individualmente. Para este estudo foi recolhida uma amostra por conveniência. A recolha de dados foi realizada através de um protocolo de investigação, impresso em papel, o tempo de realização foi de aproximadamente 40 minutos e a participação dos sujeitos foi requerida uma única vez. Após a recolha dos dados, foi criada uma base de dados, realizando-se posteriormente a introdução de todos os questionários válidos. A análise estatística foi efetuada com recurso ao software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 para sistema operativo Windows.

Procedimento de Análise de Dados

Após a recolha de dados e para registo dos mesmos, foi desenvolvida uma base de dados, onde o processamento dos dados foi efetuado com recurso ao programa estatístico SPSS 22.0. Para analisar as diferenças entre os géneros e as variáveis qualitativas foi efetuado o teste do qui-quadrado (χ^2), para as variáveis quantitativas utilizou-se o teste paramétrico *t-student*. As associações entre as variáveis foram estudadas através das correlações de *Pearson*, sendo utilizada a regressão linear múltipla pelo método *Stepwise* para estudar os preditores da saúde autoavaliada e da autoperceção do envelhecimento, utilizando como variáveis independentes: os diversos modelos de felicidade, operacionalizados de acordo com os seus três modelos, a

satisfação com a vida, a felicidade hedónica e a felicidade eudaimónica.

Resultados

Análise de Diferenças entre Géneros

Com o intuito de averiguar se haviam diferenças entre os géneros para as variáveis presentes no estudo, saúde autoavaliada, autoperceção do envelhecimento, satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica, foi realizado o teste paramétrico *t-student* para amostras independentes. Ao consultarmos a Tabela 2, podemos confirmar se existiram ou não diferenças estatisticamente significativas em relação aos géneros.

Tabela 2 – Comparação dos valores médios da saúde autoavaliada, da autoperceção do envelhecimento, da satisfação com a vida, felicidade hedónica e eudaimónica entre géneros

	Género						<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino		Feminino		Total			
	(n=48)		(n=69)		(n=117)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Saúde autoavaliada	2.6	1.3	3.6	1.7	3.1	1.5	-3.1	.002 ^a
Autoperceção envelhecimento	27.9	5.0	27.5	5.1	27.7	5.0	.41	.68
Satisfação com a vida	23.2	5.0	22.4	4.9	22.8	5.0	.86	.39
Felicidade Hedónica	22.9	6.1	22.0	6.5	22.5	6.3	.77	.44
Felicidade Eudaimónica	23.3	5.7	23.3	6.3	23.3	6.0	-.007	.99

Nota: * $p < .05$

O teste *t-student* para amostras independentes, mostrou que não existiram diferenças significativas entre os géneros na felicidade, operacionalizada de acordo com os seus três modelos: na satisfação com a vida $t(115) = .86$; $p = .39$, na felicidade hedónica $t(115) = .77$; $p = .44$ e na felicidade eudaimónica $t(115) = -.007$; $p = .99$, bem como, na autoperceção do envelhecimento $t(115) = .41$; $p = .68$, indicando que a média entre o sexo masculino e o sexo feminino é estatisticamente semelhante. Relativamente, ao resultado verificado, na análise da variável saúde autoavaliada, demonstrou a existência de diferenças significativas entre os géneros $t(115) = -3.178$; $p = .002$, ou seja, indica que os níveis de saúde autoavaliada do sexo

masculino é mais baixo comparativamente com os níveis de saúde autoavaliada do sexo feminino.

Análise de Correlações

Para avaliar as associações existentes entre as variáveis, saúde autoavaliada, autoperceção do envelhecimento, satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica, foi elaborada uma matriz de correlações de *Pearson*, apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Matriz de correlações entre saúde autoavaliada, autoperceção do envelhecimento, satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica.

	APE	SA	SV	FH	FE
Autoperceção do envelhecimento	-				
Saúde autoavaliada	.28**	-			
Satisfação com a vida	.53**	.21*	-		
Felicidade hedónica	.60**	.26**	.64**	-	
Felicidade eudaimónica	.65**	.25**	.60**	.93**	-

Legenda: Autoperceção do Envelhecimento (APE); Saúde Autoavaliada (SA); Satisfação com a Vida (SV); Felicidade Hedónica (FH); Felicidade Eudaimónica (FE).

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

No que se refere aos resultados obtidos pela matriz de correlações, verificou-se que a autoperceção do envelhecimento se associou positivamente, com intensidade fraca a moderada com a saúde autoavaliada, relativamente à satisfação com a vida, apresentou uma associação positiva, com intensidade moderada a forte e com a felicidade hedónica e a felicidade eudaimónica houve uma associação positiva, mas com intensidade forte. Já a saúde autoavaliada associou-se positivamente à satisfação com a vida, à felicidade hedónica e à felicidade eudaimónica com intensidade fraca. Comparativamente a satisfação com a vida apresentou uma correlação positiva com a felicidade hedónica e a felicidade eudaimónica, com intensidade forte. Por fim a felicidade hedónica, associou-se positivamente, com intensidade muito forte à felicidade eudaimónica.

Preditores da Saúde Autoavaliada e da Autoperceção do Envelhecimento

De forma a estudar as associações entre as variáveis dependentes, saúde autoavaliada e autoperceção do envelhecimento com as variáveis independentes, satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica, foi efetuada uma regressão linear múltipla pelo método *stepwise*, de forma a estudar o efeito de predição das variáveis: satisfação com a vida, felicidade eudaimónica, felicidade hedónica, apresentado na tabela 4 e 5.

Tabela 4 – Regressão Múltipla, pelo método stepwise, para a saúde autoavaliada

Variável Dependente	Passo	Variável Independente	R ²	β	t
Saúde autoavaliada	1	Felicidade hedónica	.070	.068	2.94**

Nota: *p< .05, **p< .01

O preditor encontrado para saúde autoavaliada foi a felicidade hedónica, com maior associação, explicando 7% da variância deste modelo, $F(1, 115) = 8,64$; $p = .004$; $R^2 = .070$.

Tabela 5 - Regressão Múltipla pelo método stepwise, para a autoperceção do envelhecimento

Variável Dependente	Passo	Variável Independente	R ²	B	t
Autoperceção do Envelhecimento	1	Felicidade eudaimónica	.41	.53	9.1**
	2	Satisfação com a vida	.45	.22	2.5*

Nota: *p< .05, **p< .01

A autoperceção do envelhecimento é explicada em primeiro lugar pela felicidade eudaimónica em 41% da variância do modelo, $F(1, 115) = 82,9$; $p = .000$; $R^2 = .41$ e pela satisfação com a vida em 4% da variância do modelo $F(2, 114) = 6,3$; $p = .013$; $R^2 = .45$.

Discussão

A presente investigação estudou, as relações dos diversos modelos de felicidade: satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica com a saúde autoavaliada e a autopercepção do envelhecimento nas pessoas mais velhas, procurando contribuir para uma melhor compreensão de quais os atributos positivos para a felicidade nas pessoas mais velhas.

Os resultados sustentaram a primeira hipótese do estudo, uma vez que, as mulheres mostraram índices de saúde autoavaliada superiores aos homens, corroborando o fenómeno da feminização no envelhecimento, em que as mulheres têm uma esperança média de vida mais elevada que os homens (Clarke, 2001). Esta sustentação está referenciada num conjunto de trabalhos de investigação que descrevem a que as mulheres exibem, no geral, um maior percentual de saúde autoavaliada, apesar desta autoavaliação da saúde estar associada a uma conceção negativa da própria saúde, é um fator indicador de influência positiva na qualidade de vida (e.g., Idler, 2003; Alves & Rodrigues, 2005; Asfar, et al., 2007; Souza, et al., 2008; Lima, et al., 2009 & Oliveira, et al., 2010). Sendo relevante que apesar dos homens apresentarem resultados mais positivos na saúde autoavaliada, esse estoicismo é possivelmente o grande indicador de maior tendência para comportamentos negativos e de risco por parte dos homens, por sua vez, as mulheres têm uma maior predisposição para utilizar os serviços de saúde, relatar problemas de saúde e levar em consideração doenças menos sérias ao avaliar a sua própria saúde, sendo estes fatores preditivos de maior morbidade por parte dos homens (Alves & Rodrigues, 2005; Asfar et. al., 2007).

A segunda hipótese do estudo foi sustentada, uma vez que o resultado evidenciou não existirem diferenças significativas entre os géneros na autopercepção do envelhecimento, o mesmo está coincidente com pesquisas realizadas por (e.g., Steverink, et al., 2001; Depaola, et al., 2003; Foos, et al., 2006; Ceremnych, et al., 2007 & Kalfoss, 2016) onde procuraram analisar qual dos géneros teria uma autopercepção do envelhecimento mais positiva ou negativa e os resultados conseguidos, não encontraram diferenças significativas entre mulheres e homens. Kim & Moen (2002) referem que as mulheres mostram maiores discrepâncias subjetivas de idade e revelam autopercepção do envelhecimento negativa pela experiência das mudanças físicas em comparação com os homens, estes por sua vez, apresentam uma maior negatividade nos seus relacionamentos sociais (Clarke, 2001). Durante o ciclo de vida as pessoas passam por muitas vulnerabilidades, com várias dimensões, física, social, económica, emocional e cognitiva, numa conjuntura heterogênea e multidimensional para alcançar um envelhecimento

ativo e saudável (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2006). Um maior número de investigações poderá permitir o desenvolvimento de estratégias de intervenção de forma a transformar as autoperceções de envelhecimento negativas em positivas, minimizando o aparecimento de sintomas depressivos e de ansiedade nas pessoas mais velhas.

A terceira hipótese do estudo não foi suportada pelos resultados, na medida em que, estatisticamente, não houve diferenças significativas entre os géneros na felicidade, ao contrário dos resultados de várias investigações (e.g., Pinquart & Sorensen, 2001; Inglehart, 2002; Easterlin, 2003; Cabral, et al., 2013; Lima, et al., 2016) que evidenciaram maiores níveis de felicidade nos homens em comparação com as mulheres. Esta evidência deve-se provavelmente ao facto de as mulheres terem mais eventos negativos, experienciados por uma maior preocupação com o bem-estar emocional, a diferença na esperança média de vida das mulheres e dos homens, faz com que estas, se deparem com a perda dos seus companheiros, tendo, por isso, que superar fatores negativos prejudiciais ao seu bem-estar (Isaacowitz & Seligman, 2001).

Relativamente às variáveis que determinam a saúde autoavaliada nas pessoas mais velhas verificamos que, a variável preditora foi a felicidade hedónica. Os resultados sustentam, parcialmente, a quarta hipótese do estudo, uma vez que, a satisfação com a vida e a felicidade eudaimónica não contribuíram para a explicação da saúde autoavaliada. Estes resultados suportam a ideia de que a saúde autoavaliada nas pessoas mais velhas, foi influenciada apenas por um fator, a felicidade hedónica, onde as pessoas mais velhas procuram experienciar o máximo de eventos associados ao prazer e conseqüentemente o distanciamento de eventos desagradáveis, estes resultados poderão estar relacionados com o facto de a felicidade hedónica referir-se à organização ou aos sentimentos experimentados de felicidade no dia a dia, não ao entendimento da satisfação com a vida, ficando integrada pela informação única da condição emocional do indivíduo (Baptista, 2017). A procura do aumento do prazer e a diminuição da dor, isto é, na experiência do prazer versus o desprazer, incluindo os bons e maus momentos decorrentes do dia a dia (Ryan & Deci, 2001), com resultados num curto espaço de tempo (Huta & Ryan, 2010).

Na quinta hipótese do estudo apurou-se que, para a autoperceção das pessoas mais velhas, houve mais do que, uma variável preditora, a autoperceção do envelhecimento foi explicada pela felicidade eudaimónica e pela satisfação com a vida. Os resultados sustentam, parcialmente, a quinta hipótese do estudo, uma vez que, a felicidade hedónica não contribuiu

para a explicação da autoperceção do envelhecimento. Estes resultados suportam a ideia de que a autoperceção do envelhecimento nas pessoas mais velhas, foi influenciada por dois fatores, a felicidade eudaimónica e a satisfação com a vida, a felicidade eudaimónica mais relacionada com a capacidade de apreciação e de sentido, a minha vida teve significado e olho para trás e tudo correu bem, a satisfação com a vida, onde as pessoas mais velhas tem capacidade de experienciar afetos, emoções positivas e prazer, vivenciando os afetos e emoções negativas como uma ocorrência normal de consequências negativas. Os resultados foram muito interessantes, uma vez que, cada uma das variáveis preditivas não é repetida em cada um dos modelos, a saúde autoavaliada foi predita pela felicidade hedónica de forma significativa e positiva e a autoperceção do envelhecimento predita de forma significativa e positiva pela felicidade eudaimónica e pela satisfação com a vida.

De acordo com a teoria da seletividade socio-emocional de Laura Carstensen, com a idade, os objetivos sociais das pessoas mais velhas passam do relacionamento com o conhecimento para estarem mais relacionados à emoção, passa haver uma mudança nas prioridades e na sua motivação em função do seu tempo de vida. A teoria postula que, a perceção do tempo por parte dos indivíduos, influência decisivamente a sua motivação em alcançar os seus objetivos, que passam por estados emocionais positivos, a experiência do bem-estar e da felicidade. A procura de emoções positivas e o evitamento das emoções negativas por parte das pessoas mais velhas, passa a ser uma prioridade, esta regulação de emoções leva a que, procurem não se envolver em objetivos de vida que sejam de longo prazo, preferindo investir no presente, na recompensa imediata, em relacionamentos sociais mais satisfatórios, integrados e emocionalmente próximos. As pessoas mais velhas utilizam estratégias reguladoras que evidenciam estados emocionais e memórias autobiográficas cada vez mais positivas ao longo do tempo, essas estratégias mostram ser eficazes, pois descrevem altos níveis de bem-estar, mais emoções positivas e menos emoções negativas, comparativamente com os adultos mais jovens. Uma diversidade de investigações foi realizada com indivíduos de várias faixas etárias e disposições, tendo praticamente todas, apresentado resultados que são consistentes com as ideias e suposições expostas nesta teoria (Baptista, 2017).

Porque é que as pessoas mais velhas apresentam maior bem-estar, níveis mais elevados de emoções positivas e mais baixos de emoções negativas, apesar de enfrentarem um conjunto de perdas físicas, cognitivas e sociais em comparação com os adultos mais novos? A regulação emocional nas pessoas mais velhas é explicada pela investigação científica, que demonstra a

propensa capacidade dos seniores em escolherem o seu setting social, selecionando redes sociais mais próximas, de menor dimensão e que gerem menor conflito, outra das estratégias em que são mais eficientes que os adultos mais jovens, está no foco da sua atenção em informações positivas ao contrário de negativas (Urry & Gross, 2011). Segundo estudos empíricos as atitudes positivas são determinantes para a adaptação das pessoas mais velhas a este período da vida, atuando como um recurso de coping, inibidor de fatores de negativos e das adversidades inerentes às perdas naturais desta fase, funcionando como conciliador das experiências adquiridas ao longo da vida e adaptativos à sua realidade, possibilitando a conservação e reestruturação do bem-estar cognitivo, físico e psicológico através da aplicação dessas estratégias de coping e de recursos internos (Silva et al., 2012). A felicidade é reconhecida em inúmeras investigações como simplificador na obtenção de objetivos, contribui para o aumento da saúde psicológica e física, reforça a formação de vínculos sociais, desenvolve a percepção, concentração, atenção e o pensamento, tornando o conceito de felicidade decisivo para as emoções positivas e inibidor de emoções negativas (Gruber, Mauss & Tamir, 2011). Numa investigação longitudinal sobre a experiência emocional, realizada ao longo de dez anos, com seniores, veio demonstrar que o bem-estar emocional dos indivíduos pode estar positivamente associado à idade, isto é, a experiência adquirida e vivenciada ao longo dos anos possibilita uma maior estabilidade e complexidade ao nível das emoções e da forma como conseguem enfrentar as adversidades independentemente do seu contexto (Carstensen, Turan, Scheibe, Ram, Ersner-Hershfield, Samanez-Larkin, Brooks & Nesselroade, 2011).

No nosso estudo a saúde autoavaliada e a autopercepção do envelhecimento foi positivamente determinada pelos três modelos de felicidade: satisfação com a vida, felicidade hedónica e felicidade eudaimónica, demonstrando que a capacidade de experienciar o máximo de eventos associados ao afeto, às emoções positivas e ao prazer, tem como consequência o afastamento de eventos desagradáveis e conseqüentemente de emoções negativas, os indivíduos podem assim, experienciar mais atividades positivas, prazerosas e afetuosas, ao contrário de eventos negativos influenciados pela expectativa geral de resultados desfavoráveis. No âmbito da psicologia as investigações sobre o envelhecimento devem incidir em medidas de desenvolvimento positivas, de modo a potenciar as competências e as potencialidades dos indivíduos, atribuindo mecanismos de autodefesa e de resiliência para de forma mais assertiva conviverem com as limitações e debilidades próprias desta fase da vida. São fatores que contribuem para uma melhor intervenção em contexto clínico, social e familiar, aumentando os

níveis da qualidade de vida, de bem-estar e de prevenção da saúde.

Implicações e limitações do presente estudo

Com a realização deste estudo pretendeu-se contribuir para uma melhor compreensão dos fatores potenciadores de uma experiência subjetiva mais positiva no envelhecimento, mas sobretudo para uma vida com felicidade e significado. A autopercepção é multidimensional e influenciada pela capacidade das pessoas em responder às adversidades, tendo impacto importante sobre a saúde e o processo de envelhecimento, sendo preditor de um estilo de vida, com a criação e o melhoramento de processos de intervenção, prevenção e de resiliência, com o intuito de habilitar as pessoas de estratégias para que consigam ajustar ou reformular as suas atitudes, com escolhas mais saudáveis e positivas em relação à saúde e ao envelhecimento, o entendimento das pessoas sobre este processo é determinante para um envelhecimento bem-sucedido. Fase a este novo paradigma científico é preponderante aprofundar o estudo sobre quais os fatores que estão relacionados com o envelhecimento, procurando reduzir ou eliminar os aspetos negativos, e fomentar de forma mais assertiva os aspetos positivos, obtendo visões mais realistas e alargadas tanto a nível individual, como social (Fernández-Ballesteros, 2011).

A literatura sobre esta temática evidência a existência de múltiplos aspetos inerentes às pessoas mais velhas que necessitam ainda de inúmeras investigações. Sendo que, a maior potencialidade identificada nos seniores, pela maioria dos estudos realizados até ao momento, está na sua maior capacidade de regulação emocional, que lhes permite ter menos experiências emocionais negativas e por consequência mais experiências emocionais positivas, que proporcionam uma melhor aceitação deste período de vida e um melhor bem-estar psicológico e físico (Carstensen et al., 2011; Mather & Carstensen, 2005). Consequentemente, este período da vida não deveria ser catalogado como um problema, mas sim, uma oportunidade e um desafio. Discutir unicamente as perdas inerentes a esta fase é redutor, deve-se primordialmente fazer referência e potencializar as experiências, competências e conhecimentos adquiridos pelos seniores ao longo do seu ciclo de vida (Fernández-Ballesteros, 2011). Em Portugal o processo de envelhecimento está a sofrer uma mutação significativa a nível sociodemográfico, com destaque para a importância do papel da mulher na sociedade, o aumento da escolaridade, as melhorias das condições tecnológicas, a nível comportamental, com um crescente investimento na promoção e consciencialização da saúde física e psicológica, aos estilos de vida. A convergência desta nova realidade incute nos indivíduos uma maior resiliência, capacidade,

instrumentos e estratégias adaptativas essenciais para uma melhor qualidade de vida com repercussões num envelhecimento saudável e ativo. O grande desafio da atualidade, fase ao sucesso do aumento da expectativa de vida, é fazer com que o envelhecimento seja vivido com saúde e com melhor qualidade de vida, seria, revelador de uma sociedade mais feliz em todas as faixas etárias (Baptista, 2017).

É de todo pertinente que continuem haver mais investigações sobre a felicidade, nomeadamente na comparação em todas as faixas etárias, escalões sociais, profissões e outras, onde os modelos de satisfação com a vida, hedónico e eudaimónico poderão contribuir para a felicidade. Este aumento de estudos e investigações, irá naturalmente contribuir cada vez mais, para uma seleção das variáveis predictoras e determinantes na elaboração de intervenções mais precisas e eficazes, de forma a enriquecer os conhecimentos teóricos e científicos sobre a influência da felicidade e das emoções positivas na qualidade de vida das pessoas ao longo do seu ciclo de vida.

Após a elaboração deste estudo, detetou-se a presença de algumas limitações, em primeiro lugar, a dimensão da amostra, uma vez que, o número de participantes não permite obter conclusões para a população idosa em geral. Portanto, recomenda-se que em futuras investigações a amostra seja ampliada, de forma a englobar mais sujeitos e com outras características sociodemográficas. Nesta linha de pensamento, e em segundo lugar, o facto de na sua generalidade, a amostra apenas incluir pessoas mais velhas do meio urbano, faltando a comparação com o meio rural, que por si só, representa uma conjuntura bastante diferenciadora na análise de todo o processo relacionado com os fatores e as experiências ao longo do ciclo de vida, com influência no envelhecimento. Uma terceira limitação, tem haver com o tipo de amostra, no caso deste estudo, foi utilizada uma amostra de conveniência, que não deixa de ser limitativa na generalização das conclusões de qualquer investigação. Outra limitação, é a circunstância de ser um estudo transversal, que inviabiliza o conhecimento mais detalhado de alguns fatores como, o desenvolvimento das variáveis ao longo do tempo e a limitação na criação de relações causais, são dois bons exemplos, por essa razão, seria pertinente a realização de investigações longitudinais, onde houvesse a possibilidade de uma avaliação mais assertiva do processo de desenvolvimento dos indivíduos, podendo-se compreender mais fidedignamente a relação das variáveis em estudo e as mudanças ao longo desse período. Por último, a aplicação de alguns instrumentos de autorrelato, que poderão levar ao enviesamento de respostas, e por esse motivo, evidenciem algum tipo de vulnerabilidade.

Não obstante as limitações mencionadas, o presente estudo poderá contribuir para a compreensão do processo de envelhecimento nas pessoas mais velhas. Concluimos, sugerindo que, face ao atual paradigma, relacionado com a longevidade, e pelas enormes alterações demográficas com que na atualidade nos deparamos, é de todo pertinente, continuar a apostar cada vez mais, em estudos e investigações (transversais ou longitudinais) na prevenção das doenças e na melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas. Para isso, é necessário a consciencialização de um estilo de vida mais saudável, procurando compreender o envelhecimento com suporte nos processos de desenvolvimento psicológico, que estão latentes ao longo do ciclo de vida e não apenas quando se envelhece. A alteração de comportamentos negativos e prejudiciais à saúde por boas práticas, deve ser encorajada e aprendida precocemente, com isto, haverá uma alteração nas experiências vividas por cada indivíduo, mais positivas, com maior qualidade psicológica, fisiológica e com repercussões no processo de envelhecimento, tornando-o mais saudável, ativo, positivo, produtivo e independente. Assim, a inclusão de programas ou intervenções, com métodos, técnicas e estratégias percetivas a melhorar o modo como se pode lidar com os aspetos menos adaptativos, irá certamente ajudar no processo de envelhecimento, contudo, tem de se ter em conta, as diferentes sensibilidades de indivíduo para indivíduo, de acordo com o contexto cultural de referência e os diferentes aspetos que determinam o bem-estar, como, as condições económicas, de saúde, as redes sociais, ou o grau de satisfação das necessidades físicas e psicológicas.

Referências

- Alves, L. C., & Rodrigues, R. N. (2005). Determinantes da autoperceção de saúde entre idosos. São Paulo, Brasil. *Rev. Panam Salud Pública*, 17, 333-341.
- Ardelt, M. (2016). Disentangling the relations between wisdom and different types of well-being in old age: finding from a short-term longitudinal study. *J. Happiness Stud.* 17, 1963–1984. doi: 10.1007/s10902-015-9680-2.
- Asfar, T., Ahmad, B., Rastam, S., Mulloli, T. P., Ward, K. D., & Maziak, W. (2007). Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health*, 7, 177. doi: 10.1186/1471-2458-7-177.
- Baptista, A. (2013). *Aprender a ser feliz: Exercícios de psicoterapia positiva*. Lisboa: Factor.
- Baptista, A. (2017). *Longevidade com Felicidade: Como manter um corpo são e uma mente feliz*. Lisboa: Pergaminho.
- Barreto, S. M, Giatti L, & Kalache A., (2004) Gender inequalities in health among Brazilian older adults. *Pan American J Pub Health*, 116, 2, 110-117 doi:c0b1/ce80ee62e3bb2df3f0094f12fb18bfbe47c9.
- Bassi, M., Falautano, M., Cilia, S., Goretti, B., Grobberio, M., & Pattini, M. (2014). The coexistence of well- and ill-being in persons with multiple sclerosis, their caregivers and health professionals. *J. Neurol. Sci.* 337, 67–73. doi: 10.1016/j.jns.2013.11.018.
- Belém, P. L.O., de Melo, R. L. P., Pedraza, D. F., & de Menezes, T. N. (2016). Self-assessment of health status and associated factors in elderly persons registered with the Family Health Strategy of Campina Grande, Paraíba. doi:10.1590/1809-98232016019.140206.
- Blanchflower, D. & Oswald, A. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine*, 66, 8, 1733-1749. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.030.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In Paúl, A., & Fonseca, A. M. (Eds.), *Envelhecer em Portugal*, 111-135. Climepsi: Lisboa.

- Bryant, C., Bei, B., Gilson, K. M., Komiti, A., Jackson, H., & Judd, F. (2016). Antecedents of attitudes to aging: a study of the roles of personality and well-being. *Gerontologist* 56, 256–265. doi: 10.1093/geront/gnu041.
- Cabral, M.V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques T. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal. Usos do Tempo, Redes Sociais e Condições de Vida, Lisboa, *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. doi:978-989-8662-00-2.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mary, U. & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655. doi: 10.1037//0022-3514.79.4.644.
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, H. P. & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over ten years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26, 21-33. doi: 10.1037/a0021285.
- Ceremnych, J., Alekna, V., & Valeikiené, V., (2007). Gender differences in views on ageing in elderly people living in Vilnius, 8, 217–221.
- Charles, T. S., Reynolds, C. A. & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136-151. doi: 10.1037/0022-3514.80.1.136.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom. Med.* 70, 741–756. doi: 10.1097/PSY.0b013e31818105ba.
- Clarke, LH (2001). os corpos das mulheres mais velhas e do self: A construção da identidade na vida adulta. *Revisão canadense de Sociologia e Antropologia*, 38, 441-464.
- Compton, W. (2005). *Introduction to Positive Psychology*, 1–40. Belmont: Thomson Wadsworth. ISBN 13: 978-0-534-64453-6.
- Cupertino, A., P., F., B., Rosa, F., H., M., & Ribeiro, P., C., C., (2006). Successful Aging Definition in a Sample of Older Adults. *Department Preventive Medicine. University of Kansas Med Center Kansas City*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 81- 86.

- Daig, I., Herschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N., & Decker, O. (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Quality of Life Research, 18*, 669-678. doi: 10.1007/s11136-009-9481-3.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies, 9*, 1-11. doi: 10.1007/s10902-006-9018-1.
- Delle Fave, A., Bassi, M., Boccaletti, E. S., Roncaglione, C., Bernardelli, G., & Mari, D. (2018). Promoting well-being in old age: The psychological benefits of two training programs of adapted physical activity. *Frontiers in psychology, 9*, 828. doi: 10.3389/fpsyg.
- Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The Role of gender and ethnicity. *Death Studies, 27*, 335-354. doi:10.1080/07481180302904.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am. J. Geriatr. Psychiat. 14*, 6-20. doi: 10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc.
- Diener, E. & Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Health and Well-Being, 3*, 1-43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Diener, E., Lucas, R. E. & Oishi, S. (2009). Subjective Well-being: the science of happiness and life satisfaction in S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds) *The Oxford Handbook of Positive Psychology*, 63-73. New York: Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0017.
- Doyle, Y. G., McKee, M., & Sherrif, M. (2010). A model of successful ageing in British populations. *Eur. J. Public Health 22*, 71-76. doi: 10.1093/eurpub/ckq132.
- Easterlin, R. A., Hinte, H., Zimmermann, K. F., & der Arbeit, F. Z. Z. (2010). *Happiness, growth, and the life cycle*. New York: Oxford University Press.

- Etezadi, S., & Pushkar, D. (2013). Why are wise people happier? An explanatory model of wisdom and emotional well-being in older adults. *J. Happiness Stud.* 14, 929-950. doi: 10.1007/s10902-012-9362-2.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011), Limitaciones y Possibilidades de la Edad. López, J. *Envejecimiento Ativo, Libro Blanco*, 103-148. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Madrid: Imserso.
- Ferreira, P. & Ferreira, L (2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24, 2.
- Fonseca, A. M. & Paúl C. (2006). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Foos, P. W., Clark, M. C., & Terrell, D. F. (2006). Adult age, gender, and race group differences in images of aging. *The Journal of genetic psychology*, 167, 309-325.
- Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: *Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing*. *Journal of Affective Disorders*, 199, 132–138. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.042.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33, 989-996. doi:10.1080/13803395.2011.589374.
- Gebel, K., Bauman, A. E., Sugiyama, T., & Owen, N. (2011). Mismatch between perceived and objectively assessed neighborhood walk ability attributes: 159 Prospective relationships with walking and weight gain. *Health & Place*, 17, 519–524. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.12.008.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 12, 43-50.
- Grinde, B. (2012). *The biology of happiness*. New York: Springer. doi: 10.1007/978-94-007-4393-9.
- Gruber, J., Mauss, I. B., & Tamir, M. (2011). A Dark Side of Happiness? How, when, and why happiness is not always good. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 222–233. doi:

10.1177/1745691611406927.

- Heller, D., Watson, D. & Remus, I. (2004). *The role of person versus situation in life satisfaction: A critical examination. Psychological Bulletin, 130*, 574-600. doi: 10.1037/0033-2909.130.4.574.
- Huppert, F. A., & So, T. T. C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research, 110*, 837-861. doi: 10.1007/s11205-011-9966-7.
- Huta, V. (2013). Pursuing eudaimonia versus hedonia: Distinctions, similarities, and relationships: *The best within us: positive psychology perspectives on eudaimonic functioning 7*, 139-158. APA Books.
- Huta, V., & Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies, 11*, 735–762. doi: 10.1007/s10902-009-9171-4.
- Idler, E. L. (2003). Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *The Gerontologist, 43*, 372-375.
- Instituto Nacional de Estatística - INE. (2017). Projeções de População Residente em Portugal, 2015-2080.
- Inglehart, R. (2002). Gender, aging, and subjective well-being. *International Journal of Comparative Sociology, 43*, 391-408.
- Isaacowitz D., M. & Seligman M., E., P. (2001). Is pessimism a risk factor for depressive mood among community-dwelling older adults? *Behaviour Research and Therapy, 39*, 255-272.
- Jeste, D. V., & Harris, J. C. (2010). Wisdom: a neuroscience perspective. *JAMA 304*, 1602-1603. doi: 10.1001/jama.2010.1458.
- Jeste, D. V., & Palmer, B. W. (2013). A call for a new positive psychiatry of ageing. *Brit. J. Psychiat.* 202, 81–83. doi: 10.1192/bjp.bp.112.110643.
- Kalfoss, M. (2016). Gender Differences in Attitudes to Ageing among Norwegian Older Adults. *Open Journal of Nursing, 6*, 255.

- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *J. Pers. Soc. Psychol.* 82, 1007–10022. doi: 10.1037/0022-3514.82.6.1007.
- Kim, JE, & Moen, P. (2002). Transições de aposentadoria, gênero e bem-estar psicológico: Um curso de vida, modelo ecológico. *Journal of Gerontology: Ciências Psicológicas*, 57, 212-222.
- Kinsella, K., Velkoff, V., A. (2001). An Aging World. *Washington, DC*: Escritório de Impressão do Governo dos EUA, US Census Bureau.
- Kleinspehn-Ammerlehn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-Perceptions of Aging: do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *Journal of Gerontology*, 6, 377-385.
- Koopmans, T. A., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., & Giltay, E. J. (2010). Effects of happiness on all-cause mortality during 15 years of follow-up: the Arnhem elderly study. *J. Happiness Stud.* 11, 113–124. doi: 10.1007/s10902-008-91270.
- Kotter-Grühn, D., Kleinspehn-Ammerlehn, A., Gerstorf, D., & Smith, J. (2009). Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 24, 654.
- Kunzmann, U., Little, T. D. & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Corss-sectional and longitudinal evidence from the berlin aging studt. *Psychology and Aging*, 15, 511-526.
- Lackey, K. J., & Kaczynski, A. T. (2009). Correspondence of perceived vs. Objective proximity to parks and their relationship to park-based physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6: 53. doi:10.1186/1479-5868-6-53.
- Laranjeira, C. A. (2009). Preliminary validation study of the portuguese version of satisfaction with life scale. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 220-226. doi: 10.1080/13548500802459900.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by 62 positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270. doi:10.1037/0022-3514.83.2.261.

- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current directions in psychological science*, 18, 332-336.
- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Prev. Med.* 39, 625–629. doi: 10.1016/j.ypped.2004.02.029.
- Lima, M. G., Barros, M. B. D. A., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R. M. (2009). Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cadernos de saúde publica*, 25, 2159-2167.
- Lima, M. G., Belon, A. P., & Barros, M. (2016). Happy life expectancy among older adults: differences by sex and functional limitations. *Revista de saúde publica*, 50, 64.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success. *Psychological Bulletin*, 131, 803-855. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803.
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 496-502.
- Mendoza-Núñez, V. M., Sarmiento-Salmonán, E., Marín-Cortés, R., de la Luz Martínez-Maldonado, M., & Ruiz-Ramos, M. (2018). Influence of the Self-Perception of Old Age on the Effect of a Healthy Aging Program. *Journal of clinical medicine*, 7. doi:10.3390/jcm7050106.
- Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., & Jeste, D. V. (2006). Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 43-51. doi:10.1097/01.JGP.0000192489.43179.31.
- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221. x.
- Neto, F., Barros, A., & Barros, J. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, O. Caetano, & J. Marques (Eds.). *A ação educativa: análise psicossocial*, 105-117. Leiria: ESEL/APPORT.

- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., & Duda, J. L. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: a meta-analysis. *Perspect. Psychol. Sci.* 7, 325–340. doi: 10.1177/1745691612447309.
- Ocampo, J. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*, 41, 275- 289.
- Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2010). Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa. *Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.*, doi: 978-989-8445-00-1.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and applied social psychology*, 23, 245-266. doi: 10.1207/S15324834BASP2304_2.
- Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (2016). “Methodological challenges in developing and delivering preventive health interventions for mental health and aging,” in *Complementary and Integrative Therapies for Mental Health and Aging*, M. Sajatovic and H. Lavretsky (New York, NY: Oxford University Press), 23–24.
- Quartilho, M. J. (2010). Qualidade de vida, Felicidade, Saúde, Bem-Estar, Satisfação. Pessoas, Sociedades, Culturas. O que importa? In M.C. Canavarro & A.V. Serra, *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspetiva da Organização Mundial da Saúde*, 55-129. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141.
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170. doi: 10.1007/s10902-006-9023-4.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of Eudaimonia. *Psychother. Psychosom.* 83, 10–28. doi: 10.1159/000353263.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.

doi:10.1007/s10902-006-9019-0.

- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York. Free Press. doi: 10.5860/choice.48-7217.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5.
- Sillén, U., Nilsson, J., Mansson, N., & Nillson, P. (2005). Self-rated health in relation to age and gender Influence on mortality risk in the Malmö Preventive Project. 171 *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 183-189. doi:10.1080/14034940410019235.
- Silva, L., Farias, L., Oliveira, T. & Rabelo, D. (2012). Attitude toward aging seniors and psychological well-being, *Revista Kairós Gerontologia* 15, 119-140. ISSN 2176-901X.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26, 503-515.
- Simões, M. R. (2012). *Psychological assessment instruments in older adults: research and validation studies in Portugal*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica 34, 9-33. ISSN: 1135-3848.
- Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, 364-373. doi: 10.1093/geronb/56.6.P364.
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet* 385, 640–648. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61489-0.
- Stephoe, A., & Wardle, J. (2011). Positive affect measured using ecological momentary assessment and survival in older men and women. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 108, 18244–18248. doi: 10.1073/pnas.1110892108.

- Souza, M. C. D., Otero, U. B., Almeida, L. M. D., Turci, S. R. B., Figueiredo, V. C., & Lozana, J. D. A. (2008). Self-rated health and physical disabilities due to health problems. *Revista de saúde pública*, 42, 741-749.
- Thomsen, D. K., Lind, M., & Pillemer, D. B. (2017). Examining relations between aging, life story chapters, and well-being. *Appl. Cogn. Psych.* 31, 207–215. doi: 10.1002/acp.3318.
- 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.
- Tovel, H., & Carmel, S. (2014). Maintaining successful aging: the role of coping patterns and resources. *J. Happiness Stud.* 15, 255–270. doi: 10.1007/s10902-013-9420-4.
- UNFPA (2011). *Relatório sobre a situação da população mundial 2011*. Nova Iorque: Divisão de Informação e Relações Externas do UNFPA.
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2011). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 352-357. doi: 10.1177/0963721410388395.
- Veras, R. P., Caldas, C. P. & Cordeiro, H. A. (2013). Models of health care for the elderly: rethinking the meaning of prevention, *Physis*; 23, 1189-1213. Rio de Janeiro. doi:org/10.1590/S0103-73312013000400009.
- World Health Organization - WHO (2002). *Active ageing: A policy framework*. Switzerland.
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., & He, J. (2013). The Relationship between self-rated health and objective health status: A population-based study. *BMC Public Health*, 13, 320. doi:10.1186/1471-2458-13-320.
- Wurm, S. & Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on physical and mental health. *Psychology and Health*, 29, 832-848. doi:10.1080/08870446.2014.891737.
- Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Tomasik, M. (2007). Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs, and health in later life. *The Journals of Gerontology*, 62,156- 164.

Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Wolff, J. K., & Schüz, B. (2013). How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy? *Psychology and Aging*, 28. doi:10.1037/a0032845.

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed. ISBN 978-85-363-1160-9.

Apêndices

Apêndice I: Consentimento Informado Instituição

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO BARREIRO, NO ESTUDO «A FELICIDADE DOS ADULTOS IDOSOS: da avaliação à identificação de fatores associados aos indicadores de felicidade»

Barreiro, 07 de dezembro de 2016

Exma. Sr.^a Provedora,

Vimos solicitar a V. Exas. a colaboração num estudo que está a ser feito no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, realizado na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Lisboa), pelo Licenciado Pedro Jorge Rodrigues Moreira Rato, sob orientação do Professor Doutor Américo Baptista, coordenador do Mestrado e com a colaboração da Dr.^a Marina Perira, que se intitula «A Felicidade dos Adultos Idosos: da avaliação à identificação de fatores associados aos indicadores de felicidade».

Este trabalho tem como objetivo, estudar o comportamento emocional nas pessoas mais velhas. Com o aumento da esperança de vida e das pessoas mais velhas consideramos de fundamental importância o estudo da Qualidade de Vida e da Felicidade nesta faixa etária. Poderão participar no estudo todas as pessoas com 60 anos ou mais, sem déficite cognitivo ou com déficite cognitivo ligeiro, desde que saibam ler e escrever em Português. A participação no estudo é voluntária, podendo os participantes desistir a qualquer momento sem consequências e sem necessidade de justificar. Consiste no preenchimento de um conjunto de questionários sobre as diversas facetas da vida, da saúde e da experiência emocional. O preenchimento do questionário terá a duração aproximada de 20 a 30 minutos e será ajudada pelo investigador. A toda a informação recolhida, será garantido aos inquiridos que os dados serão confidenciais, respeitando os princípios deontológicos de investigação em ciências sociais.

Agradecemos a vossa disponibilidade e colaboração,

Pedro Moreira Rato

Apêndice II: Consentimento Informado Participantes

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO «A FELICIDADE DOS ADULTOS IDOSOS: da avaliação à identificação de fatores associados aos indicadores de felicidade»

Estamos a realizar um trabalho de investigação sobre o comportamento emocional nas pessoas com ou mais de 65 anos. Esta pesquisa está a ser feita no âmbito de uma tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e tem como responsável o Licenciado Pedro Jorge Rodrigues Moreira Rato orientado pelo Professor Doutor Américo Batista, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

A sua colaboração é voluntária, consiste no preenchimento de um questionário sobre o comportamento emocional nas pessoas mais velhas, gostaríamos de deixar bem claro que o(a) senhor(a) tem toda a liberdade para interromper o preenchimento do questionário se o desejar. O preenchimento do protocolo total deve demorar aproximadamente 25 a 30 minutos, não existem respostas certas e erradas. Assim que devolver o seu questionário a sua participação está finalizada.

Asseguramos que todas as informações prestadas são sigilosas e serão usadas somente para esta pesquisa.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.

Data ____/____/____

Assinatura _____

Anexos

Anexo 1: Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 VERSÃO PORTUGUESA – 7.1 VERSÃO ORIGINAL

Nome: _____ Idade: _____
 Género: _____ Data de Nascimento: _____
 Escolaridade: _____ Data de Avaliação: _____

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA				Desenhar um Relógio (onze e dez) (3 pontos)		Pontos	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			___/5
NOMEAÇÃO				<input type="checkbox"/>		___/3	
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	Boca	Linho	Igreja	Cravo		Azul
		1º ensaio					
ATENÇÃO	Leia a sequência de números. (1 número/segundo)	O sujeito deve repetir a sequência. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4				___/2	
		O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2					
	Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se <u>≥</u> 3 erros.	<input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAAB				___/1	
	Subtrair de 7 em 7 começando em 100.	<input type="checkbox"/> 95	<input type="checkbox"/> 85	<input type="checkbox"/> 79	<input type="checkbox"/> 74		<input type="checkbox"/> 65
		4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas: 2 pontos; 1 correta: 1 ponto; 0 corretas: 0 pontos				___/3	
LINGUAGEM	Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João.	<input type="checkbox"/> O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala.		<input type="checkbox"/>			___/2
	Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que começam pela letra "P" (1 minuto).	<input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palavras)				___/1	
ABSTRAÇÃO	Semelhança p.a.s. entre banana e laranja = fruta	<input type="checkbox"/> combão - bicicleta		<input type="checkbox"/> relógio - água			___/2
EVOCÇÃO DEFERIDA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Boca	Linho	Igreja	Cravo	Azul	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Opcional: Lista de categoria					___/5	
	Opcional: Lista de escolha múltipla						
ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> Dia do mês	<input type="checkbox"/> Mês	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Dia da semana	<input type="checkbox"/> Lugar	<input type="checkbox"/> Localidade	___/6
© Z.Nasreddine MD Examinador: _____						TOTAL	___/30

Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Anexo 2: Protocolo de Investigação

Versão: A. Baptista, 2017

Data ____/____/____

Solicitamos a sua colaboração para uma investigação que tem como objetivo estudar o comportamento emocional nas pessoas mais velhas.

As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo submetidas a tratamento estatístico em grupo. Agradecemos a sua colaboração.

I - INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

1. INSTITUIÇÃO: _____

2. SEXO: 1 Masculino 2 Feminino

3. ESTADO CIVIL: 1 Solteiro(a) 2 Casado(a) / União de Facto 3. Divorciado(a) / Separado(a) 4 Viúvo

4. IDADE: _____ Anos 5. PROFISSÃO: _____

6. N.º ANOS DE ESCOLARIDADE: _____ 7. CURSO: _____

8. RELIGIÃO: _____ 9. ETNIA: _____

II - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS)

Diener, E., Emmons, R., Larsen, J., & Griffin, S. (1985)

Adaptada por Neto, F., Barros, A., & Barros, J. (1990); Simões, A. (1992); Laranjeira, C. A. (2009)

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

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

III – QUESTIONÁRIO SAÚDE AUTOAVALIADA

Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., & He, J. (2013)

Assinale todos os problemas de saúde de que sofre com uma cruz:

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| a) Coração | <input type="checkbox"/> | e) Cancro | <input type="checkbox"/> | i) Doenças no fígado ou rins | <input type="checkbox"/> |
| b) Problemas de circulação ... | <input type="checkbox"/> | f) Doenças gastrointestinais | <input type="checkbox"/> | j) Problemas nos olhos | <input type="checkbox"/> |
| c) Problemas nas articulações | <input type="checkbox"/> | g) Doenças respiratórias | <input type="checkbox"/> | l) Problemas nos ouvidos | <input type="checkbox"/> |
| d) Diabetes | <input type="checkbox"/> | h) Queixas na bexiga | <input type="checkbox"/> | | |

IV – ESCALA DE AUTOPERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO

Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Tomasik, M. (2007)

Avalie o seu grau de concordância com cada uma das seguintes frases. Utilize a escala de 1 a 5 para fazer a sua resposta. Para cada frase faça uma cruz “X” em cima do número que melhor representa o grau de concordância.

1	2	3	4	5
Concordância baixa				Concordância alta

-
1. As coisas pioram na minha vida à medida que envelheço 1 2 3 4 5

 2. Tenho atualmente tanta energia e dinamismo como tinha no ano passado 1 2 3 4 5

 3. Sou menos útil à medida que envelheço 1 2 3 4 5

 4. À medida que envelheço verifico que as coisas são melhores do que eu pensava que seriam 1 2 3 4 5

 5. Sou tão feliz agora como quando era mais novo 1 2 3 4 5

 6. Envelhecer significa para mim que eu continuo a fazer planos 1 2 3 4 5

 7. Envelhecer significa que minhas capacidades continuam a aumentar 1 2 3 4 5

 8. Envelhecer significa que eu ainda posso aprender coisas novas 1 2 3 4 5

 9. Envelhecimento significa que ainda posso pôr as minhas ideias em prática 1 2 3 4 5

V – ESCALA DE FELICIDADE HEDÓNICA E EUDAIMÓNICA (HEMA)

Huta, V., & Ryan, R. M. (2010)

Durante as **últimas quatro semanas** até que ponto efetuou as seguintes atividades tendo como intenção alcançar determinados objetivos, independentemente de os ter ou não conseguido atingir. Utilize a escala de 0 a 7, fazendo uma cruz “X” em cima do número que melhor representa o seu comportamento.

0	1	2	3	4	5	6	7
Nada							Muitíssimo

1. Procurar atingir um estado de relaxação? 0 1 2 3 4 5 6 7

2. Procurar desenvolver uma aptidão, aprender ou compreender algo? 0 1 2 3 4 5 6 7

3. Procurar fazer aquilo em que acredita? 0 1 2 3 4 5 6 7

4. Procurar atingir prazer? 0 1 2 3 4 5 6 7

5. Procurar atingir um ideal pessoal ou a excelência? 0 1 2 3 4 5 6 7

6. Procurar atingir alegria? 0 1 2 3 4 5 6 7

7. Procurar levar as coisas com calma? 0 1 2 3 4 5 6 7

8. Procurar utilizar as suas melhores qualidades ou o melhor que há em si? 0 1 2 3 4 5 6 7

9. Procurar contribuir para os outros ou para o mundo à sua volta? 0 1 2 3 4 5 6 7

10. Procurar coisas agradáveis? 0 1 2 3 4 5 6 7

Muito Obrigado pela Sua Colaboração!