



**ISPA** | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**BEM-ESTAR SUBJECTIVO E AUTO-CONCEITO  
NA TERCEIRA IDADE**

**Carina Andreia Ramos dos Anjos Loureiro**

**Orientador de Dissertação:**

Professor Doutor António Mendes Pedro

**Coordenador de Seminário de Dissertação:**

Professor Doutor António Mendes Pedro

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

**MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dr. António Mendes Pedro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## **Agradecimentos**

Gostava de agradecer a algumas pessoas por terem sido muito importantes na concretização deste projecto.

Em primeiro lugar, e de forma muito especial, agradeço aos meus pais pelo auxílio na concretização dos meus objectivos, e pelo apoio sempre dado.

Ao Zé Pedro pela ajuda, apoio e carinho demonstrado sempre.

À Filipa por toda ajuda ao longo de todo o trabalho, e pela amizade e disponibilidade a nível pessoal e profissional.

À Inês e à Vanessa pela disponibilidade e amizade em todos os momentos.

À Susana por todos os momentos de partilha e apoio dado ao longo de todo o trabalho.

À Dra. Susana (centro comunitário de Carcavelos), à Dra. Graciete (casa de repouso de Birre), à Dra. Rute (associação de reformados pensionista de Sacavém), à Dra. Lurdes (lar de apoio à 3ª idade).

A todos os idosos que participaram na investigação.

À Renata pela ajuda concedida no tratamento estatístico dos dados.

A toda a minha família pelo apoio sempre dado.

Ao Professor Mendes Pedro pela sua disponibilidade e pelo espaço de partilha criados no Seminário de Dissertação.

NOME: CARINA ANDREIA R. DOS ANJOS LOUREIRO

Nº ALUNO: 13094

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

PSICOLOGIA CLÍNICA

ANO LECTIVO 2008/2009

ORIENTADOR: PROF. DR. ANTÓNIO MENDES PEDRO

DATA: JANEIRO 2010

BEM-ESTAR SUBJECTIVO E AUTO-CONCEITO NA TERCEIRA IDADE

### **RESUMO**

O envelhecimento é uma das problemáticas mais relevantes das sociedades contemporâneas. Estima-se que, em 2050, a população idosa constitua 32% do total da população portuguesa. Torna-se, assim, importante melhorar a qualidade de vida e o bem-estar físico e psicológico desta população. Deste modo, o bem-estar subjectivo e o auto-conceito são variáveis que se consideram estar relacionadas com uma melhor qualidade de vida.

Assim, a presente investigação pretende perceber os níveis de bem-estar subjectivo e de auto-conceito nos idosos, comparando os idosos que estão institucionalizados, os que residem nas suas casas e não têm alguma actividade em particular e os que frequentam um centro de dia. Outro objectivo é, observar se o auto-conceito influencia o bem-estar subjectivo. Paralelamente, também, se analisa o tipo de contacto com a família.

Foi administrado um questionário demográfico, a escala de satisfação com a vida, a escala de afectos positivos e de afectos negativos, e o inventário clínico de auto-conceito a 120 idosos, dos quais 40 frequentam um centro de dia, 40 residem nas suas casas e não têm nenhuma actividade, e os restantes 40 estão institucionalizados.

Os resultados obtidos indicam que existem diferenças significativas entre os diferentes subgrupos (centro de dia, casa e lar), ao nível do bem-estar subjectivo e do auto-conceito, sendo o lar o subgrupo que tem menor bem-estar subjectivo e auto-conceito. Verificou-se, ainda, que o auto-conceito influencia o bem-estar subjectivo.

**Palavras-chave:** Bem-estar subjectivo, auto-conceito, envelhecimento.

NOME: CARINA ANDREIA R. DOS ANJOS LOUREIRO

Nº ALUNO: 13094

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

PSICOLOGIA CLÍNICA

ANO LECTIVO 2008/2009

ORIENTADOR: PROF. DR. ANTÓNIO MENDES PEDRO

DATA: JANEIRO 2010

SUBJECTIVE WELL-BEING AND SELF-CONCEPT IN OLD AGE

### **ABSTRACT**

Aging is one of the most important problems of contemporary societies. It is estimated that in 2050, the elderly constitute 32% of the total population. It is therefore important to improve the quality of life and physical and psychological well-being of this population. Thus, the subjective well-being and self-concept are variables that are considered to be related to a better quality of life.

Therefore, this research aims to understand the levels of subjective well-being and self-concept in the elderly, comparing the elderly who are institutionalized; those who live in their homes and don't have any particular activity and those who attend a day care. Another objective is to see if the self-concept influences the subjective well-being. In parallel the type of contact with the family is also analyzed.

It was given a demographic questionnaire, the scale of life satisfaction, the scale of positive affect and negative affect (PANAS Scale), and the inventory of clinical self-concept in 120 patients, 40 attend in a day care, 40 living in their homes and without any activity, and the remaining 40 are institutionalized.

The results indicate that there are significant differences between different groups (day care, home and old people's home) according to the level of subjective well-being and self-concept, the elderly who are institutionalized have less subjective well-being and self-concept. It's, also, concluded that the self-concept influences the subjective well-being.

**Key-words:** Subjective well-being, self-concept, elderly.

## ÍNDICE

1. Introdução .....	3
2. Envelhecimento .....	5
3. Bem-estar subjectivo .....	11
4. Auto-conceito .....	18
5. Método .....	23
Participantes .....	23
Hipóteses .....	23
Instrumentos .....	24
Procedimento.....	27
6. Análise de resultados .....	29
7. Discussão de resultados .....	38
8. Considerações finais .....	43
9. Referências bibliográficas .....	45
10. Anexos .....	53
Anexo A – Questionário sócio - demográfico.....	54
Anexo B – Escala de satisfação com a vida .....	57
Anexo C – Outputs das qualidades psicométricas da escala de satisfação com a vida.....	59
Anexo D – Escala de afectos positivos e de afectos negativos (PANAS) .....	62
Anexo E – Outputs das qualidades psicométricas do PANAS .....	64
Anexo F – Inventário clínico de auto-conceito .....	68
Anexo G – Outputs das qualidades psicométricas do inventário clínico de auto-conceito .....	71
Anexo H – Carta de consentimento informado .....	78
Anexo I – Outputs da análise descritiva da Escala de satisfação com a vida .....	80
Anexo J – Outputs Anova e Sheffe da escala de satisfação com a vida .....	83
Anexo L – Outputs Kruskal-Wallis e LSD para a análise dos itens da escala de satisfação com a vida .....	85
Anexo M – Outputs da análise descritiva de afectos positivos.....	89
Anexo N – Outputs Anova para os afectos positivos.....	91
Anexo O – Outputs da análise descritiva de afectos negativos.....	93
Anexo P – Outputs Kruskal-Wallis e LSD para os afectos negativos .....	96

Anexo Q – Outputs da análise descritiva do inventário clínico de auto-conceito	98
Anexo R – Outputs Anova e Sheffe para o inventário clínico de auto-conceito	101
Anexo S – Outputs do factor auto-eficácia .....	103
Anexo T – Outputs do factor aceitação/rejeição social.....	106
Anexo U – Regressão linear.....	109
Anexo V – Outputs da análise descritiva do contacto com a família.....	111
Anexo X – Outputs Anova e Sheffe para o contacto com a família .....	113

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Média das cotações em cada item da escala de satisfação com a vida, nos três subgrupos .....	30
Tabela 2 – Itens da escala de afecto positivo com as médias mais elevadas em cada subgrupo .....	32
Tabela 3 – Itens da escala de afecto positivo com as médias mais baixas em cada subgrupo .....	33
Tabela 4 – Itens da escala de afecto negativo com as médias mais elevadas em cada subgrupo .....	33
Tabela 5 – Itens da escala de afecto negativo com as médias mais baixas em cada subgrupo .....	34

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Média de satisfação com a vida nos três subgrupos .....	29
Figura 2 – Média de afecto positivo nos três subgrupos .....	31
Figura 3 – Média de afecto negativo nos três subgrupos.....	32
Figura 4 – Média do auto-conceito nos três subgrupos .....	35
Figura 5 – Média da auto-eficácia nos três subgrupos .....	35
Figura 6 – Média da aceitação/rejeição social nos três subgrupos .....	36
Figura 7 – Frequências de contacto com a família .....	37
Figura 8 – Média de contacto com a família nos três subgrupos.....	37

## 1. Introdução

O envelhecimento está a tornar-se um dos problemas mais importantes das sociedades contemporâneas. Nas últimas décadas, a população com mais de 65 anos de idade aumentou consideravelmente, trata-se de um fenómeno de tal forma expressivo que alguns autores afirmaram que vivemos na época dos “gerontic boomers” (Lima, 2004, cit. in Rebelo, 2007).

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a organização mundial de saúde prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos com mais de 80 anos constituem o grupo etário de maior crescimento. Portugal não é excepção a este panorama (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 16% em 2001 e chegando aos 17,6% em 2008 (Ministério da saúde, 2008). De acordo com as projecções demográficas do instituto nacional de estatística (INE) (Carrilho e Gonçalves, 2004), estima-se que essa população volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população portuguesa.

Neste sentido, os temas relacionados com a psicologia da idade adulta e do envelhecimento têm vindo a assumir uma relevância na literatura psicológica (Fonseca, 2005).

De acordo com Paúl (1996), a questão central da problemática do ser idoso refere-se à qualidade de vida de quem envelhece, seja do ponto de vista quantificável, em termos da capacidade económica para manter uma vida condigna, seja do ponto de vista subjectivo, do sentimento de bem-estar. Deste modo, enquanto a organização mundial de saúde há anos se propunha como objectivo aumentar a esperança média de vida, hoje considera como desafio uma melhor qualidade de vida, que passa por manter os idosos activos, preenchendo a sua necessidade existencial/sentido para a vida (Oliveira, 2008).

Assim, a identificação das variáveis relacionadas ao bem-estar subjectivo faz parte dos esforços de melhorar a qualidade de vida, uma vez que é claramente relacionado com percepções subjectivas de bem-estar, como por exemplo, a felicidade e a satisfação (Segal & Schall, 1996). Segundo Simões e colaboradores (2000), o bem-estar subjectivo tem vindo a despertar a atenção dos investigadores enquanto elemento essencial de qualidade de vida.



Outro aspecto, que se considera estar relacionado com uma melhor qualidade de vida, e, também, com um maior bem-estar a nível psicológico, é o auto-conceito (Faria e Silva, 2000).

Assim, torna-se cada vez importante perceber e caracterizar a qualidade de vida e bem-estar físico e psicológico dos idosos, para que se possa dinamizar medidas adequadas a essa população, com o objectivo de poderem alcançar um envelhecimento bem sucedido.

Neste sentido, esta investigação tem como principal objectivo perceber e caracterizar o bem-estar subjectivo e o auto-conceito nos idosos, e perceber a influência que o auto-conceito tem no bem-estar subjectivo. Para tal, são usadas comparações entre idosos que frequentam um centro de dia, idosos que estão em casa e não alguma actividade em particular, e idosos que estão institucionalizados. Outro objectivo, é perceber o tipo de contacto com a família e, se este difere consoante o subgrupo. Desta forma, primeiramente será apresentada uma revisão da literatura nesta área, de seguida o método, os resultados e a sua discussão, e, por fim, as considerações finais sobre a investigação.

## **2. Envelhecimento**

O envelhecimento é um processo natural pelo qual todos os seres vivos passam (Paúl & Fonseca, 2005). Tem sido descrito como um processo, ou conjunto de processos, inerente a todos os seres vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade, estando associado a alterações físicas e fisiológicas (Spirduso, 1995).

Para Robert (1994, cit. in Oliveira, 2008), o envelhecimento consiste numa perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente. Trata-se de um processo complexo, diferencial (específico de cada pessoa), contínuo, inelutável e irreversível. De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), o envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo, trata-se por isso de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida. Já Sequeira e Silva (2002) referem que a velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo.

Segundo Oliveira (2008), apesar dos autores definirem de forma diferente o que se entende por envelhecimento, em geral referem-se a um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, verificando-se modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais.

O envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico, relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta. Actualmente, sabe-se que o envelhecimento não é uma doença, mas antes um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. Desta forma, o envelhecimento normal é o processo de diminuição orgânica e funcional, que não é decorrente de um acidente ou doença, mas que acontece, inevitavelmente, com o passar do tempo. Por sua vez, o envelhecimento patológico, diz respeito aos factores que interferem no processo de envelhecimento normal, tais como o stress, traumatismo ou doença, susceptíveis de acelerar o processo de envelhecimento normal (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Assim, cada pessoa pode envelhecer de forma natural, convivendo bem com as suas limitações, conseguindo manter-se activa até às fases mais avançadas da vida. Contudo, o que ocorre mais frequentemente é o envelhecimento patológico, no qual ocorrem no idoso

modificações estabelecidas por doenças, fazendo com que haja uma incapacidade progressiva para uma vida saudável e activa (Teixeira & Neri, 2008).

Segundo Oliveira (2008), pode-se apontar algumas características que mais frequentemente se imputam aos idosos: crise de identidade provocada por ele e pela sociedade; diminuição da auto-estima; dificuldades de adaptação a novos papéis e lugares bem como mudanças profundas e rápidas; falta de motivação para planear o futuro; tendência à depressão, à hipocondria ou somatização e mesmo tentativas de suicídio; surgimento de novos medos (solidão, morte); diminuição das faculdades mentais, sobretudo da memória; problemas a nível cognitivo (linguagem, solução de problemas), motivacional e afectivo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (cit. in Oliveira, 2008), idoso é todo o indivíduo que já completou os 65 anos, independente do sexo e do estado de saúde. Contudo, nos países em países subdesenvolvidos poderia considerar-se uma pessoa como idosa a partir dos 60 anos, visto que a esperança media de vida é, também, mais baixa (Oliveira, 2008).

Actualmente, os especialistas no estudo do envelhecimento referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo idosos jovens diz respeito a pessoas entre os 65 e os 74 anos. O grupo dos idosos velhos compreende a faixa etária dos 75 aos 84 anos, enquanto que a partir dos 85 anos são considerados idosos mais velhos (Schneider & Irigaray, 2008).

Lidz (1983, cit. in Oliveira, 2008) faz outra classificação de envelhecimento, apontando três fases neste processo. A primeira denomina-se idoso, e ainda não existem muitas alterações orgânicas, as únicas alterações são no modo de vida provocado pela reforma, contudo o individuo ainda se sente válido e capaz de satisfazer as suas necessidades. A segunda é a senescência, que ocorre quando o indivíduo começa a sofrer de modificações significativas ao nível orgânico e/ou psicológico, fazendo com que haja uma necessidade de ter de confiar nos outros, deixando o individuo de se bastar totalmente a si mesmo. A última fase é a senilidade, em que o idoso se torna quase totalmente dependente.

Deste modo, a velhice constitui um período de grandes mudanças ao nível biológico, psicológico e social, bem como no plano das relações pessoa-mundo. Estas mudanças exigem ao idoso um esforço de adaptação às novas condições de vida. Pela profunda alteração a diferentes níveis, e pelo esforço que a personalidade terá de fazer para se adaptar, trata-se de um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológicos do idoso (Sequeira & Silva, 2002).

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), estas mudanças podem traduzir-se num conjunto de desafios aos quais terá de se adaptar, tais como, a desocupação de papéis anteriores, um declínio da saúde, uma redução das redes sociais, a dependência e a morte de entes queridos. Todos estes aspectos, conjuntamente com a falta de actividade, colocam o idoso numa situação solitária e fragilizante (Cardão, 2009).

A reforma é uma mudança característica desta fase do ciclo de vida (Fonseca, 2005a). Para a maioria das pessoas, a passagem à reforma não assinala apenas o fim da actividade profissional, é também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos. O que pode ser ao mesmo tempo um momento de libertação e de renovação, visto que pode viver com outro ritmo, estabelecer novas metas, investir no lazer e na formação pessoal, entre outros aspectos, ou poderá ser um momento de sofrimento e perda (Fonseca, 2005a). Assim, o grande desafio, na reforma, é reorganizar o quotidiano, descentrar a profissão e encontrar um papel que garanta a manutenção do sentido de utilidade (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

No entanto, o abandono do mercado de trabalho, geralmente, é feito sem o planeamento de actividades alternativas, podendo-se, cair num isolamento, físico e psicológico, e na perda de relações sociais (Fonseca, 2005a). Segundo Jashoda (1982, cit. in Lima, Teixeira & Sequeira, 1996), o idoso pode perder juntamente com o seu trabalho, a estruturação do seu tempo, contactos sociais, identidade, actividade regular e participação em objectivos comuns, e pertença a um grupo. Tudo isto pode levar a um sentimento de privação psicológica muito forte, implicando profundos sentimentos de inutilidade, diminuição do significado do próprio e de independência, e às vezes, o sentimento de que a sua vida chegou ao fim. Desta forma, este aspecto poderá constituir situações particularmente sensíveis ao aparecimento de alterações no funcionamento dos indivíduos, com inevitáveis consequências ao nível do bem-estar psicológico e social (Fonseca, 2005a).

Também a viuvez é um marco na velhice, ressaltando-se o facto que a esperança média de vida das mulheres é superior, e por isso há mais mulheres idosas, e são estas que mais passam por esta situação (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Segundo Simões (2006), além do impacto emocional, muitas vezes prolongado e com repercussões na saúde física e mental, a viuvez pode significar também a redução de recursos materiais e a restrição de contactos sociais. O luto representa, por isso um grave risco de depressão em idosos, especialmente se associado a pouco apoio social, solidão e incapacidade (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

A morte do cônjuge poderá ser um factor para a institucionalização do idoso, visto que o idoso terá de se habituar à ideia de viver sozinho e, por vezes, acarreta consigo o medo que algo aconteça e que não tenha ninguém por perto para o acudir (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Outro aspecto que poderá, também, influenciar a decisão da institucionalização é o idoso ter tido algum tipo de acidente como uma queda, ou ter tido uma doença, identificando-se, posteriormente, limitações na sua casa (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Segundo Cardão (2009), o facto da família não ter tempo ou capacidade para se ocupar do idoso, que se tornou dependente e/ou cronicamente doente, é um factor um relevante na decisão da institucionalização do mesmo.

A institucionalização é sempre um momento difícil, pois à perda do meio familiar, com sentimentos mais ou menos manifestos de “abandono” pela família, juntam-se outras vivências de perda, como a da sua independência e do exercício pleno da sua vontade, devido à normatividade da sua conduta dentro da instituição (Cardão, 2009). Para além destes aspectos, a institucionalização marca encontro com um ambiente colectivo de regras que, muitas vezes, não têm em conta a individualidade de cada um, a sua história de vida, e que funciona de igual modo para todos (Cardão, 2009). A adaptação à institucionalização torna-se, ainda, mais complicada se não for o próprio idoso a decidir que quer ir para um lar, mas a família a impor-lhe (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

A dependência de como é organizado o seu tempo e o seu espaço de vida acaba por deixar-lhe pouca ou nenhuma motivação para planear por si próprio como as suas horas diárias podem ser vividas (Cardão, 2009). O declínio da autonomia vai originar uma diminuição da auto-estima e um sofrimento emocional de tonalidade depressiva, que muitas vezes só se torna visível através do aumento de queixas somáticas ou de comportamentos somatizados, como a anorexia, as perturbações psicomotoras, ou de outras doenças de foro médico (Spar & La Rue, 1998). Segundo Paúl (1997), os idosos em ambientes institucionais vivenciam inúmeras perdas, deprimem-se e ficam desanimados.

Contudo, é importante referir que a institucionalização pode ser a solução para alguns problemas que afectam os idosos. Segundo Paúl (1997), a solução institucional seria reservada para grandes dependentes e situações problemáticas de ausência de integração social. Na realidade a institucionalização ocorre, geralmente, na sequência da incapacidade funcional, combinada com a insuficiente rede de apoios sociais. Nestes casos, esta situação pode ser uma vantagem para os idosos, visto aumentar o contacto social e favorecer o apoio/suporte constante.

Todavia, por vezes, a família prefere optar pela prestação de cuidados ao domicílio, pois possibilita ao idoso a permanência no ambiente familiar e confortável, onde poderá, dentro das suas capacidades, maximizar o controlo sobre a sua vida (Stone, 2001, cit. in Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Segundo Paúl (1997), a situação de o idoso envelhecer na própria casa deveria ser privilegiada, visto que pode trazer-lhe alguns benefícios, pois além de se ocuparem com as tarefas domésticas e, conseqüentemente, manterem-se activos durante mais tempo, mantêm igualmente um maior conjunto de relações sociais. Além disso, as pessoas estão ligadas às suas casas por laços afectivos, assumindo estas um significado psicológico único e lhes é atribuído um valor simbólico, por associação a memórias do passado.

Muitos idosos, que permanecem em casa, procuram centros de dia ou de convívio como forma de encontrar amigos e envolver-se em actividades lúdicas (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Melo e Neto (2003), verificaram que um grupo de idosos que frequentavam um centro social paroquial sofria menos de solidão do que os que não frequentavam esse centro, além de se manifestarem mais satisfeitos com a vida e, também, terem um locus de controlo mais externo. Krause (2001, cit. in Fonseca, 2005b) afirma que ter suporte social é o aspecto chave do envelhecimento bem-sucedido.

Este conceito, envelhecimento bem-sucedido, surgiu em 1960 e definia quer um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente (Fonseca, 2005b). Contudo, actualmente, devido à diversidade de teorias e da própria heterogeneidade do envelhecimento não há concordância entre as definições e as teorias de envelhecimento bem-sucedido (Teixeira & Neri, 2008).

De acordo com Baltes e Carstensen (1996, cit. in Fonseca, 2005b) não há teoria, critério ou padrão que seja consensualmente aceite para se falar no envelhecimento bem-sucedido. Contudo, é um conceito que incorpora essencialmente dois processos relacionados entre si. Por um lado, trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice. Por outro lado, o envelhecimento bem-sucedido pode ser atingido mediante a escolha de determinados estilos de vida, que satisfaçam o objectivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos de existência (Fonseca, 2005b).

Em 1999, os mesmos autores (Baltes e Carstensen, cit. in Fonseca, 2005b), referem que os indivíduos que têm um envelhecimento com sucesso, possuem uma capacidade que

designam por “selectividade emocional”, a qual lhes permite reformularem as suas vidas e focalizarem a sua atenção naquilo que é verdadeiramente importante e significativo para eles. No fundo, estes indivíduos são capazes de colocar em prática uma estratégia, por meio da qual distribuem os recursos disponíveis pelas necessidades e pelos objectivos a que atribuem maior importância e que se prendem, nomeadamente, com o estabelecimento de relações interpessoais e com a manutenção da saúde e do bem-estar emocional (Fonseca, 2005). De acordo com Paúl (1996), o envelhecimento bem-sucedido relaciona-se com elevado nível de funcionamento nos domínios físico, psicológico e social.

Rowe e Kahn (1997) consideram que o envelhecimento bem-sucedido inclui três elementos: baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; funcionamento físico e mental elevado; envolvimento/compromisso activo com a vida.

Segundo Fonseca (2005b) de forma geral pode-se dizer que as teorias de envelhecimento bem-sucedido vêem os indivíduos idosos como pró-activos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objectivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade envolvendo-se activamente na preservação do seu bem-estar. Tais objectivos estão dirigidos, habitualmente, para áreas como a saúde, a autonomia pessoal, a estabilidade emocional, a auto-estima, o casamento, a vida familiar e as relações de amizade.

### 3. Bem-estar subjectivo

O bem-estar é definido como um funcionamento e uma experiência psicológica adequadas, não se referindo assim apenas há ausência de doença mental, mas também a um estado de satisfação consigo mesmo e com o ambiente que o rodeia (Ryan & Deci, 2001). De acordo com Albuquerque e Tróccoli (2004), o campo do bem-estar refere-se ao estudo científico da felicidade, sendo a grande diferença entre as duas grandes correntes do bem-estar a concepção de felicidade adoptada.

Actualmente, as duas concepções científicas sobre o bem-estar que mais se destacam são: o bem-estar psicológico e o bem-estar subjectivo. Estas foram desenvolvidas a partir de duas perspectivas filosóficas distintas, o Eudemonismo e o Hedonismo (Ryan & Deci, 2001). A primeira, apoia-se na ideia de que o bem-estar consiste no pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa, ou seja, a visão de felicidade, e consequentemente, de bem-estar. Assim, o bem-estar psicológico centra-se na expressividade pessoal e de auto-realização (Paschoal & Tamayo, 2008), que se referem, essencialmente, à experiência individual de realização dos próprios potenciais, na forma de desenvolvimento de habilidades e/ou de avanços dos seus objectivos de vida (Waterman, 1993). Já, a ideia de felicidade em que se baseia o bem-estar subjectivo advém do hedonismo, que defende que o bem-estar compreende a experiência de prazer versus desprazer, a qual decorre de julgamentos sobre os elementos positivos e negativos da vida (Ryan & Deci, 2001).

O conceito de bem-estar subjectivo é recente, o primeiro a estudá-lo como é actualmente conhecido foi Wilson em 1960 (cit. in Galinha & Ribeiro, 2005), com uma revisão acerca do tema. Através do desenvolvimento dos seus estudos concluiu que as pessoas felizes são jovens, saudáveis, bem-educadas, bem remuneradas, extrovertidas, optimistas, sem preocupações, religiosas, casadas, com elevada auto-estima, ânimo profissional, aspirações modestas e com alguma inteligência.

O mesmo autor, em 1967, estudou duas hipóteses do bem-estar subjectivo, a primeira era que a satisfação imediata de necessidades produz felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa infelicidade (perspectiva base-topo). Segundo Diener (1984), esta perspectiva procura identificar factores externos e influências situacionais que afectam o bem-estar subjectivo, assumindo que as pessoas desenvolvem o bem-estar subjectivo global a partir da satisfação em domínios específicos, tais como o casamento, o



trabalho e a família (Galinha, 2008). A segunda hipótese, considerava que o grau de satisfação necessário para produzir satisfação depende da adaptação ao nível de aspiração do indivíduo, sendo este influenciado pelas experiências passadas, pelas comparações com os outros, pelos valores pessoais e por outros factores (perspectiva topo-base) (Galinha, 2008). Segundo Diener (1984), este tipo de abordagem assume que as pessoas possuem um determinado tipo de predisposição para interpretar e experienciar as situações e as experiências de vida, pelo que essa propensão influencia a avaliação da vida e a satisfação nos diversos domínios. Por outras palavras, a perspectiva base-topo postula que o bem-estar subjectivo é a consequência do que acontece aos indivíduos, enquanto a abordagem topo-base defende que a interpretação subjectiva que o sujeito faz dos acontecimentos é que influencia o bem-estar subjectivo.

De acordo com Galinha (2008), estas duas perspectivas estiveram na base dos estudos sobre o bem-estar subjectivo, nos primeiros anos do seu surgimento. Actualmente, vigoram as teorias integradoras, que relacionam as perspectivas anteriores e que desenvolvem modelos com relações de dois sentidos entre os determinantes contextuais e os determinantes intraindividuais do bem-estar subjectivo. Para Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), as investigações, mais recentes, sugerem que a personalidade predispõe as pessoas para determinadas reacções afectivas, mas as condições externas efectivas também influenciam o bem-estar dos indivíduos e, quando algumas circunstâncias de vida se prolongam no tempo, podem ter uma influência contínua no nível de bem-estar subjectivo das pessoas.

Diener (2000) defende que múltiplas variáveis contribuem para a variabilidade do bem-estar subjectivo e que o interesse na investigação reside em estudar a sua influência em simultâneo. Assim, os modelos integradores do bem-estar subjectivo marcam a abordagem da maior parte dos estudos actuais (Galinha, 2008).

A literatura é consensual no que se refere à definição de bem-estar subjectivo, sendo o conceito composto por uma dimensão cognitiva, em que existe um juízo avaliativo, geralmente expresso através da satisfação com a vida, em termos globais ou específicos, e uma dimensão emocional, positiva ou negativa, expressa também em termos globais (felicidade), ou em termos específicos (emoções) (Galinha & Ribeiro, 2005).

De acordo com Diener e Lucas (1999), o bem-estar subjectivo é uma entidade multidimensional que integra uma componente cognitiva, que remete para juízos sobre a satisfação com a vida, e uma componente afectiva, que está relacionada com as reacções emocionais (positivas e negativas) face aos referidos juízos. Diener (1984) refere, ainda, que o

bem-estar subjectivo diz respeito às avaliações afectivas e cognitivas que as pessoas fazem acerca da sua vida, compreende a felicidade, infelicidade, assim como a satisfação com a saúde e outras áreas específicas.

Para Diener e Diener (1995), o bem-estar subjectivo é a reacção avaliativa das pessoas à sua própria vida, quer ao nível da satisfação com a sua vida, quer da afectividade. Segundo Stathi, Fox e McKenna (2002), o bem-estar subjectivo refere-se a um fenómeno global de expressão do indivíduo acerca da qualidade da sua existência.

Desta forma, o bem-estar subjectivo é constituído por três componentes, o afecto positivo, o afecto negativo e a satisfação com a vida. Conceptualmente, cada uma das componentes representa uma forma distinta de avaliar a vida. Enquanto o afecto positivo e o afecto negativo reflectem as reacções às boas ou más condições/circunstâncias de vida de cada indivíduo, a satisfação de vida recai sobre a avaliação cognitiva de aspectos globais da vida de cada pessoa (Diener, Scollon & Lucas, 2003). Em relação à componente afectiva, Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), consideram ser o montante total de tempo que uma pessoa experiencia emoções positivas e negativas, independentemente do pico de intensidade sentidas.

Badburn (1968, cit. in Ryff & Keyes, 1995) distinguiu afecto positivo de afecto negativo e formulou uma definição de felicidade através do balanço entre estas duas componentes. Estas foram consideradas como componentes emocionais do bem-estar subjectivo (Diener, 1984).

Watson e colaboradores (1988) consideraram que o afecto positivo reflecte a extensão em que a pessoa se sente entusiasmada, activa e em alerta. Além disso, consideraram que o elevado afecto positivo é um estado de elevada energia e de concentração total, destacando-se emoções agradáveis, tais como a alegria, orgulho, afecto e prazer, ao passo que o baixo afecto positivo é caracterizado pela tristeza e letargia (Diener, Suh & Oishi, 1997). Por sua vez, o afecto negativo é uma dimensão geral da ansiedade subjectiva e de compromisso desagradável, provocando uma variedade de estados de humor aversivos, incluindo irritação, desprezo, aborrecimento, culpa, medo e nervosismo. Deste modo, um baixo afecto negativo origina um estado calmo e sereno (Watson, Clark & Tellegen, 1988). O afecto negativo está relacionado com emoções e humores desagradáveis, tais como a culpa, ansiedade, medo, ira, que cada indivíduo experimenta em determinado momento (Diener, 2000) e, geralmente, está orientado para o sistema de inibição comportamental de afastamento, com o principal objectivo de manter o organismo longe de problemas ou ameaças, através do evitamento de

comportamentos que podem originar dor, castigo ou qualquer outra consequência indesejável (Watson, 2002).

Segundo Lyubomirsky, King e Diener (2005, cit. in Galinha, 2008), as características relacionadas com o afecto positivo incluem a confiança, o optimismo, a auto-eficácia, a abertura e representações positivas dos outros, a sociabilidade, a actividade e a energia, o comportamento pró-social, a imunidade, o bem-estar físico, estilos de coping eficazes perante o desafio e o stress, originalidade e flexibilidade. De acordo com Diener, Scollon e Lucas (2003), muitas investigações conduzidas nos países ocidentais verificaram que vivenciar emoções positivas leva a um síndrome de características comportamentais relacionadas com aspectos muito benéficos, entre os quais, a sociabilidade, sentimentos de confiança e energia, envolvimento em actividades, altruísmo, criatividade, e, provavelmente, a um melhor funcionamento do sistema imunitário e do sistema cardiovascular. Estes estudiosos verificaram, ainda, que as pessoas cronicamente felizes e os indivíduos que estão temporariamente com um humor positivo, exibem estas características com alguma regularidade. Todas estas características têm em comum o facto de predispor o indivíduo a envolver-se activamente com o meio e a perseguir os seus objectivos (Galinha, 2008).

Segundo Schimmack, Oishi, Diener e Suh (2000), as experiências afectivas são, por definição, estados que mudam em cada momento e que são influenciados por factores situacionais e disposições individuais. Fox, Boutcher, Faulkner e Biddle (2000), afirmaram que os afectos são estados emocionais gerados em reacção a determinados eventos ou avaliações. Para Simões (1992), a componente afectiva do bem-estar subjectivo refere-se aos sentimentos e às emoções que acompanham a apreensão e a apreciação subjectivas das vivências do indivíduo.

A componente cognitiva do bem-estar subjectivo, satisfação com a vida, é considerada uma avaliação entre as metas desejadas e as alcançadas, e é compreendida como um processo de julgamento e avaliação geral da própria vida (Guedea, Albuquerque, Trócoli, Noriega, Seabra & Guedea, 2006). Para Simões (1992), a componente cognitiva refere-se à percepção e, ao consequente juízo de valor emitido pelo sujeito, relacionando-se com a qualidade da própria vida.

Shin e Johnson (1978, cit. in Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999) definem a satisfação de vida como uma avaliação global feita pelo indivíduo acerca da sua qualidade de vida segundo os seus próprios critérios. Esta avaliação fundamenta-se num juízo subjectivo assente num padrão estabelecido pela própria pessoa (Diener, 1984). Assim, quanto maior for a

discrepância entre a percepção das realizações na vida de um sujeito e o seu padrão de referência, maior é a sua satisfação com a vida. No entanto, o humor das pessoas, as suas emoções e julgamentos auto-avaliativos, mudam ao longo do tempo, caracterizando a satisfação de vida como um constructo não só multidimensional, mas também dinâmico (Albuquerque & Trocolli, 2004).

A avaliação que uma pessoa faz relativamente à sua vida, pode assumir a forma de cognição, quando a pessoa fornece julgamentos de avaliação conscientes acerca da sua vida como um todo ou acerca de aspectos específicos da sua vida. Contudo, a avaliação da vida da pessoa, também, se pode manifestar em forma de afecto, quando as pessoas expressam emoções positivas ou negativas em relação às suas vidas. Assim, quanto mais uma pessoa experiencia satisfação com a vida e emoções positivas e menos experiencia emoções negativas, como tristeza e agressividade, maior será o seu nível de bem-estar subjectivo (Galinha, 2008).

Desta forma, uma pessoa experiencia um bem-estar subjectivo elevado quando se observam experiências emocionais positivas, uma rara experiência emocional negativa e uma satisfação com a vida como um todo, e não só com aspectos específicos da vida (Albuquerque & Trocolli, 2004). Neste contexto, Diener (2000) refere que as pessoas experienciam bem-estar subjectivo quando estão envolvidas em actividades interessantes e se sentem satisfeitas com as respectivas vidas, experimentando mais prazer do que sofrimento.

Uma investigação levada a cabo por Kunzman e Colaboradores (2000), acerca da estabilidade do bem-estar subjectivo ao longo da idade adulta, demonstrou que permanece relativamente estável apesar das perdas ao nível da saúde, ou seja, concluiu que a idade não parece estar na causa do declínio do bem-estar subjectivo.

Alguns estudos observaram um declínio na frequência de afectos positivos com o envelhecimento. Ferring e Filipp (1995), desenvolveram um estudo com idosos jovens e idosos mais velhos, e verificaram que esse declínio é mais notório no último grupo. Quanto aos afectos negativos, constataram um aumento da sua frequência entre os idosos com mais idade.

Segundo Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), a satisfação com a vida não diminui com a idade. Shmotkin (1990, cit. in Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999) considerou, com base num estudo sobre os afectos positivos e negativos, que havia um declínio da felicidade global e do estado de humor com a idade. Okma e Veenhoven (1996, cit. in Diener, Suh, Lucas &

Smith, 1999) concluíram que não se verificava uma diminuição da satisfação com a vida ao longo da vida, no entanto, em relação ao estado de humor constataram alguns declínios.

Segundo Fonseca (2005a), contrariamente, às expectativas mais comuns, o acto de envelhecer, por si só, não traz consigo menor bem-estar, havendo inúmeros estudos que evidenciam que as pessoas idosas não apresentam níveis de bem-estar inferiores aos das pessoas adultas mais novas, apesar do risco de declínio e de perda ser muito mais elevado.

Pinquart e Sorensen (2000) estudaram a relação entre o estatuto sócio-económico, a rede social, as competências e o bem-estar subjectivo nos idosos, concluindo que todos estes aspectos estão positivamente associados ao bem-estar subjectivo. Os mesmos autores, também, investigaram se o aumento dos riscos de perdas ao nível da saúde e competência, das redes sociais e do salário sugerem que os idosos tenham menos níveis de bem-estar subjectivo comparativamente aos jovens. A investigação revelou que o bem-estar subjectivo, apesar destas perdas não diminui com a idade.

Em relação à influência do estado civil no bem-estar subjectivo, Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), verificaram que as pessoas casadas dizem ser mais felizes do que as pessoas que nunca casaram, que são divorciadas ou viúvas. Acrescentam que as correlações entre o bem-estar subjectivo e o casamento são significativas, mesmo quando outras variáveis, como a idade, são controladas. Segundo Argyle (1999, cit. in Galinha, 2008) os resultados são consistentes na Europa e nos Estados Unidos, onde as pessoas casadas são as mais felizes e as mais satisfeitas com a vida, em relação aos indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados.

A investigação sobre as diferenças de género e o bem-estar subjectivo, apontam para a não existência de diferenças significativas (Galinha, 2008). Contudo, Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) referem a existência de diferenças ligeiras, que apontam os homens como mais felizes e as mulheres como tendo maior afecto negativo. No entanto, apesar destas ligeiras diferenças, alguns estudos indicam que as mulheres manifestam, simultaneamente os níveis mais elevados de mal-estar e os níveis mais elevados de afecto positivo, resultando em níveis de bem-estar global semelhantes aos dos homens. Neste sentido, as diferenças de género não se relacionam com a variância do bem-estar subjectivo, mas com a sua intensidade (Galinha, 2008).

Segundo Argyle (1999, cit. in Galinha, 2008), o lazer apresenta fortes efeitos positivos no bem-estar subjectivo dos indivíduos. Os mais satisfeitos com a vida relatam um maior número de actividades semanais e razões mais variadas para participar em actividades de lazer (Bevil, O'Connor & Matton, 1993, cit. in Galinha, 2008). Segundo McGuinn e Mosher-

Ashley (2000, cit. in Galinha, 2008) em idosos internados, as actividades iniciadas voluntariamente e que envolvem outras pessoas relacionam-se com níveis superiores de satisfação com a vida. Segundo Simões e colaboradores (2006), referem que as actividades de lazer, que empenham os indivíduos, têm um efeito positivo sobre o seu bem-estar.

De acordo com Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), o bem-estar subjectivo pode ser influenciado negativamente pelo estado de saúde, se este envolver uma doença severa que impeça o indivíduo de concretizar metas importantes na sua vida. Por outro lado, se a condição é menos severa existe a possibilidade de uma adaptação, onde o indivíduo pode encontrar uma forma de apreciar positivamente a sua saúde diminuindo o impacto da sua doença sobre o bem-estar subjectivo. Assim, o impacto da saúde no bem-estar subjectivo depende da percepção que o indivíduo tem da sua saúde. A satisfação com a vida é determinada pela interpretação subjectiva da saúde, que é influenciada, simultaneamente, pelo afecto negativo e pela saúde objectiva (Galinha, 2008).

Segundo Guedea e colaboradores (2006), o bem-estar subjectivo está associado a um envelhecimento mais saudável, é um indicador de saúde mental e, também, sinónimo de felicidade, ajuste e integração social. Este conceito, também, se associa negativamente a sintomas depressivos e a doenças físicas. Deste modo, é um indicador importante do nível de adaptação na terceira idade. Stawbridge, Wallhagen e Cohen (2002, cit. in Teixeira & Neri, 2008) afirmam que o bem-estar subjectivo é um critério essencial para uma velhice bem sucedida.

#### 4. Auto-conceito

O auto-conceito é um constructo amplamente investigado em diferentes áreas do conhecimento, inicialmente foi estudado por filósofos, teólogos, historiadores e outros. William James, em 1890 (cit. in Lopes, 2006), começou a analisar o auto-conceito numa perspectiva psicológica.

O autor considerou que o self do indivíduo estaria dividido em “The I” e “The Me”, sendo o primeiro o Eu conhecedor, isto é, o aspecto do Eu que organizaria e interpretaria, de forma subjectiva, a experiência do indivíduo. Por sua vez, o “The Me” representaria o Eu enquanto conhecido, ou seja, o Eu como objecto (Green, 2002, cit. in Lopes, 2006), e seria constituído pelo self material, ou seja, tudo o que o sujeito possuísse e pudesse apelidar de seu, tais como o corpo, a família e os bens; pelo self social, que se refere aos aspectos relativos à sua relação com os outros (papéis, estatuto social, relações, personalidade); e, pelo self espiritual, que diz respeito aos estados de consciência, pensamentos, emoções e desejos (Simões, 1997).

Deste modo, é através do “The I” que o sujeito seria capaz de perceber, pensar e reflectir sobre a realidade envolvente e sobre ele próprio, todavia quando ele próprio se tornasse alvo do conhecimento seria o objecto (Lopes, 2006). Segundo Green (2002, cit. in Lopes, 2006), o “The I” é responsável pela construção do “The Me”, sendo este a imagem que o sujeito tem de si. Assim, para o autor o “The Me” este conceito é análogo e precursor do auto-conceito, tal como é visto em Psicologia. Segundo Peixoto e Mata (1993), o que cada pessoa sabe sobre si própria, seria o resultado das características do “The Me” e do “The I”.

As primeiras abordagens sobre o auto-conceito não eram consensuais, apesar da literatura não revelar uma definição operacional clara, concisa e universalmente aceite, existe uma concordância em torno da definição geral do auto-conceito, como sendo a percepção que o indivíduo tem de si (Byrne, 1984). Faria e Fontaine (1990), definem o auto-conceito, em termos gerais, como a percepção que o sujeito tem de si, e em termos específicos, como o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimentos acerca das suas capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social. Para Serra (1986), o auto-conceito é entendido como sendo “a percepção que o indivíduo tem de si nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica”. Gecas (1982), define o auto-

conceito como o conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social, espiritual ou moral.

De acordo com Serra (1988), a génese do auto-conceito encontra-se ligada a quatro factores: a apreciação dos outros sobre o comportamento do sujeito; a forma como ele age em situações específicas e a recordação que tem desse desempenho; a comparação do seu próprio comportamento com o grupo social de pertença; e, o confronto do comportamento individual com os valores instituídos por um grupo normativo, ou seja, a forma como o indivíduo considera a sua conduta face a uma moral. Todos estes factores ajudam a constituir o auto-conceito, que pode adquirir características positivas ou negativas. Gecas (1982) refere que o desenvolvimento do auto-conceito é influenciado por diversos factores, tais como o aspecto físico, o nível de inteligência, as emoções, o padrão cultural, a família e o estatuto social.

Shavelson e Bolus (1982), admitindo algumas deficiências terminológicas, apresentam uma definição operacional na qual entendem que o auto-conceito se poderá definir como um constructo hipotético, cujo conteúdo seria a percepção que o indivíduo tem do seu Eu, percepção essa que se formaria por intermédio de interacções estabelecidas com os outros significativos, pelas atribuições do seu próprio comportamento e pelas experiências do sujeito no seu ambiente social.

Para além dos aspectos anteriormente referidos, Shavelson e Bolus (1982), referiram que há sete características fundamentais para uma definição de auto-conceito mais precisa. A primeira, é o facto de ser organizado ou estruturado, visto que os indivíduos ao receberem informação acerca de si próprios, vão estabelecer categorias que se reflectem nas diferentes facetas. É, também, considerado multifacetado, pois as facetas que se constituem reflectem um sistema de categorias adoptado pelo próprio indivíduo e/ou partilhado por um grupo de referência. Outro aspecto, é ser hierárquico, visto que possui uma organização hierárquica das suas diferentes facetas, ou seja, as diferentes percepções que o indivíduo tem de si próprio vão sendo orientadas a partir da base da hierarquia, onde se encontram as facetas mais diferenciadas, para o seu topo, onde se encontra o auto-conceito geral. Associado a este está o auto-conceito académico e o auto-conceito não académico, que está dividido em auto-conceito físico, emocional e social. Shavelson, Hubner e Stanton (1976), referem que o auto-conceito geral se liga a diversos tipos de auto-conceitos, que podem ser subdivididos em quatro tipos diferentes: auto-conceito académico, social, emocional e físico. Segundo Marsh (1994, cit. in Lopes, 2006), o auto-conceito académico tem associado áreas específicas, entre as quais a matemática, o inglês e as ciências. O auto-conceito físico refere-se às aptidões e



aparência física, o auto-conceito emocional diz respeito a estados emocionais específicos que o indivíduo desenvolve, e o auto-conceito social, é referente aos pares sociais e pessoas significativas.

Outra característica, é ser estável, isto é, quando o auto-conceito é encarado na sua globalidade, mas à medida que as suas facetas se tornam mais diferenciadas, mais específicas de uma determinada situação, essa estabilidade tende a diminuir. Possui um aspecto desenvolvimentista, uma vez que os autores consideram que o auto-conceito se torna cada vez mais específico e diferenciado à medida que a idade avança. É, também, constituído por uma dimensão avaliativa e descritiva, visto que permite que o indivíduo se auto-avale, o que lhe possibilita a realização de uma retrospectiva dos seus comportamentos face a uma determinada situação, averiguando quais são os mais adequados e daí retirar informação que lhe seja útil em novas situações. Por último, é diferenciável, isto é, facilmente se diferencia de outras variáveis permitindo compará-las entre si.

Segundo Serra (1988), o auto-conceito é estruturado por vários constituintes, entre os quais as auto-imagens, a auto-estima e a auto-eficácia. As auto-imagens são consideradas como o produto das observações em que o indivíduo se constitui o objecto da própria percepção. Ao fazer uma auto-observação, não é a percepção de determinada auto-imagem que tem interesse na condução de uma determinada estrutura, mas sim a organização e a distribuição hierárquica em relação a outras auto-imagens. Neste contexto, o indivíduo hierarquiza as várias auto-imagens acerca de si, ou seja, as que têm maior significado localizam-se num plano hierárquico superior, sendo estas mais estáveis e consistentes.

A auto-estima, é a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral. Pode-se considerar como o produto dos julgamentos que a pessoa faz acerca de si própria, de onde decorrem atribuições de bom ou de mau feitas a aspectos considerados relevantes da sua identidade (Serra, 1988). Segundo Serra (1995), a auto-estima resulta da relação que se estabelece entre os objectivos que um indivíduo formaliza e o êxito que tem em os alcançar. Quando andam a par o indivíduo adquire um bom sentido de competência e igualmente uma boa auto-estima, já quando os objectivos estão aquém dos êxitos, o indivíduo tende a auto-depreciar-se e a desenvolver uma auto-estima pobre. Gecas (1982), refere que a auto-estima está ligada aos aspectos avaliativos e emocionais do auto-conceito.

A auto-eficácia, é um processo cognitivo, uma vez que lida com julgamentos percebidos ou avaliações feitas pelos indivíduos acerca da sua competência para desempenhar

adequadamente uma determinada tarefa (Lopes, 2006). Segundo Palenzuela (1997, cit. in Lopes, 2006) a auto-eficácia são as auto-percepções em que o indivíduo acredita e confia na sua capacidade e eficácia para enfrentar o meio ambiente com efectividade e êxito, levando assim às consequências desejadas.

Segundo Elfried Lochel (1983, cit. in Serra, 1995), um indivíduo com um bom auto-conceito costuma atribuir o êxito a factores internos, tais como aptidão ou esforço, enquanto o fracasso é atribuído a factores externos, tais como acaso. Por sua vez, os indivíduos com um mau auto-conceito tendem a atribuir o êxito a factores externos, tais como a sorte ou facilidade da tarefa, tendo propensão a atribuir o fracasso a causas estáveis, como, por exemplo, a falta de aptidão.

De acordo com Gomes e Ribeiro (2001), um auto-conceito realista, consistente e positivo, reflecte-se numa atitude de segurança, manifestações saudáveis e ausência de sentimentos de ameaça grados pelos acontecimentos de vida. Deste modo, as pessoas que evidenciam um elevado auto-conceito, fazem auto-avaliações mais positivas em relação ao seu estado e revelam uma percepção integrada e sem distorções do mundo e de si próprias.

Serra, Firmino e Barreiro (1989), estudaram a relação entre o auto-conceito, solidão e comportamentos para lidar com estados de tensão, e concluíram que os indivíduos com um bom auto-conceito têm mecanismos mais adequados para lidar com estados de tensão, e que os indivíduos com maior tendência para a solidão têm um auto-conceito mais pobre, ou seja, existe uma relação inversa entre o auto-conceito e solidão.

Segundo Neto (1999) a reforma, a viuvez, as perdas ao nível da saúde, poderão estar associadas a uma perda da auto-estima. Acrescenta, ainda, que quando as pessoas idosas deixam de ser independentes e incapazes de controlar a própria vida, ou, quando se deslocam para uma instituição ou residência familiar e lhes é retirado o direito de tomar decisões, a auto-estima é afectada.

Segundo René L'Ecuyer (1994, cit. in Neto, 1999), a velhice é caracterizada pela permanência do *self*, contudo, acrescenta que o que caracteriza as pessoas idosas é principalmente a reorganização do auto-conceito. Ou seja, apesar de haver uma tendência para certas dimensões estarem menos presentes, tais como o valor do *self*, as actividades ou as preocupações e as atitudes sociais, a dinâmica do *self* prolonga-se ao longo da vida. Para Baltes e Baltes (1990), o auto-conceito não apresenta uma configuração negativa com a progressão da idade. O auto-conceito mantém o seu carácter adaptativo, flexível e dinâmico que facilita um ajustamento satisfatório e positivo às novas condições bio-psico-sociais que se

apresentam na velhice. De acordo com Stuart-Hamilton (2002, cit. in Oliveira, 2008), há factores que podem interferir negativamente no auto-conceito, tais como a reforma, o casamento ou a viuvez, as condições de saúde, a sexualidade, a família, a situação económica e financeira.

A influência do sexo tem sido outra variável estudada nos trabalhos sobre o auto-conceito. Wylie (1979, cit. in Peixoto e Mata, 1993), num trabalho com indivíduos de ambos os sexos e de várias idades concluiu que não existem diferenças no auto-conceito global, entre ambos os sexos, seja qual for o nível etário considerado. Referiu, ainda, que possam existir diferenças nas componentes específicas do auto-conceito, contudo diluem-se no resultado global.

Serra e Firmino (1986), comprovaram que os doentes com perturbações emocionais tendem a ter um auto-conceito pobre. Serra, Matos e Gonçalves (1986), verificaram que existem correlações negativas entre o auto-conceito e sintomas depressivos, sendo que quanto melhor for o auto-conceito do indivíduo menor será a tendência para apresentar sintomas depressivos.

O envelhecimento é um processo onde ocorrem diversas alterações, a nível físico, social e psicológico, podendo mesmo ser um período de vulnerabilidade a nível psicológico. Assim, com o aumento da esperança média de vida, e o conseqüente aumento do número de idosos, os investigadores têm-se preocupado com o estudo de variáveis associadas ao bem-estar físico e psicológico e à qualidade de vida.

Neste sentido, tentar-se-á perceber os níveis de bem-estar subjectivo e de auto-conceito, comparando idosos que frequentam um centro de dia, com idosos que residem nas suas casas e não tem nenhuma actividade, com os idosos institucionalizados. Assim, o intuito é perceber se os idosos institucionalizados terão níveis de bem-estar subjectivo e de auto-conceito inferiores aos dos outros subgrupos. Outro objectivo da investigação, é observar se o auto-conceito influencia o bem-estar subjectivo. Paralelamente, pretende-se, ainda, analisar o tipo de contacto que os idosos têm com a família.

## **5. Método**

### **Participantes**

A população do estudo é constituída por 120 idosos com idades compreendidas entre os 71 e os 92 anos, dos quais 80 sujeitos são do sexo feminino e 40 do sexo masculino, residentes no concelho de Cascais, de Oeiras e na freguesia de Sacavém.

Dos idosos que participaram na investigação, 40 residem em lar, e os restantes 80 residem em casa própria, contudo 40 destes sujeitos frequentam um centro de dia, estando assim os participantes divididos em três subgrupos, os que frequentam o centro de dia, os que não têm qualquer actividade e residem em casa e os institucionalizados. Os únicos que têm algum tipo de actividade são os idosos que frequentam o centro de dia.

Quanto ao estado civil, a grande maioria da amostra encontra-se viúva (85), seguindo-se os casados (32), depois os solteiros (2) e os divorciados (1).

Em relação à escolaridade, todos têm a 4ª classe, e o tempo de reforma varia entre os 7 e mais de 25 anos.

No que se refere ao contacto com a família, 29 idosos têm um contacto muito frequente, 58 têm um contacto frequente, 30 têm um contacto pouco frequente, e três pessoas não têm contacto com a família.

É de salientar, ainda, que só fizeram parte da amostra aqueles, cujas condições de saúde lhes permitiam levar uma vida normal, excluindo-se, portanto, os acamados, ou os afectados por doenças físicas ou mentais incapacitantes.

### **Hipóteses**

Tal como já foi referido, este estudo pretende investigar o bem-estar subjectivo e o auto-conceito nos idosos, e a influência que o auto-conceito tem no bem-estar subjectivo. Deste modo, formularam-se as seguintes hipóteses:

- O subgrupo dos institucionalizados manifesta um menor bem-estar subjectivo (pouca satisfação com a vida e predominância dos afectos negativos sobre os positivos);
- O subgrupo dos idosos institucionalizados manifesta um auto-conceito mais pobre face aos outros subgrupos.

- Os indivíduos com maior bem-estar subjectivo (satisfação com a vida e predomínio dos afectos positivos) apresentam um auto-conceito rico; e, os indivíduos com níveis de bem-estar subjectivo baixos apresentam um auto-conceito pobre.

Paralelamente, pretende-se perceber se o contacto com a família difere significativamente em algum subgrupo, crendo-se que os idosos que estão institucionalizados têm menos contacto com a família que os idosos dos outros dois subgrupos.

## **Instrumentos**

### ❖ Questionário sócio-demográfico (Anexo A)

Este questionário pretendeu a identificação dos sujeitos, permitindo a caracterização geral da amostra, através da idade, do sexo, do estado civil, do nível de escolaridade, da profissão durante a vida activa, do tempo de reforma, frequência em alguma actividade, ter filhos, e tipo contacto com a família.

### ❖ Escala de satisfação com a vida (Anexo B)

Para medir a componente cognitiva do bem-estar subjectivo, a satisfação com a vida, utilizou-se a escala de satisfação com a vida, que é uma versão traduzida e adaptada da Satisfaction with life scale, ou SWLS de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), por Neto e colaboradores, em 1990.

É uma escala constituída por cinco itens, todos formulados no sentido positivo, de preenchimento breve e simples que tem como objectivo medir a satisfação global com a vida, com base nos julgamentos que cada indivíduo faz da sua vida de acordo com critérios específicos e próprios. Assim sendo, a SWLS deixa ao sujeito a liberdade de integrar e ponderar, da forma que entender, os vários domínios da sua vida em geral e os diversos estados de espírito, de modo a chegar a um juízo global, positivo ou negativo, sobre a própria existência. É tipo Likert de 7 pontos (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = discordo parcialmente, 4 = nem concordo nem discordo, 5 = concordo parcialmente, 6 = concordo e 7 =

concordo parcialmente), podendo a pontuação variar entre um mínimo de 5 pontos e um máximo de 35 pontos.

Pavot e Diener (2008) referem que diversos estudos têm demonstrado que a escala tem boas características psicométricas, o que também é observado neste estudo. Assim, os itens constituem-se como sensíveis (Anexo C), apresentando uma distribuição normal, tem uma alta consistência interna, com um Alpha de Cronbach de 0,850 (Anexo C), e consideram-se todos os itens bons pois a exclusão de um não aumentaria significativamente o Alpha de Cronbach. No que se refere à validade, aplicou-se uma análise factorial (Anexo C), onde se verificou a validade do constructo e a existência de apenas um factor que contribui para explicar 63,4% da variância dos resultados.

#### ❖ Escala de Afecto Positivo e Afecto Negativo (PANAS) (Anexo D)

A componente afectiva do bem-estar subjectivo foi avaliada pela escala de afecto positivo e de afecto negativo, PANAS, desenvolvida e validada por Watson, Clark e Tellegen (1988), contudo utilizou-se a adaptação portuguesa realizada por Galinha e Ribeiro, em 2005.

A escala constitui-se como uma medida específica da dimensão afectiva do bem-estar subjectivo e mede em que medida os indivíduos sentem, dez emoções positivas e dez emoções negativas específicas, numa escala de cinco pontos (Galinha, 2008).

A escala é constituída por duas subescalas com dez itens cada, uma referente ao afecto positivo e outra referente ao afecto negativo. É solicitado ao indivíduo que se auto-avaliem numa escala tipo likert de 5 pontos (1 = pouco ou nada, 2 = um pouco, 3 = médio, 4 = bastante e 5 = extremamente), sendo a pontuação de cada subescala no mínimo de 10 e no máximo de 50 pontos.

Os itens da versão portuguesa da PANAS da escala de afecto positivo são: entusiasmado, encantado, inspirado, excitado, determinado, agradavelmente surpreendido, caloroso, activo, interessado e orgulhoso. Já os itens da escala de afecto negativo são: atormentado, amedrontado, assustado, irritado, nervoso, trémulo, culpado, repulsa e remorsos.

A versão portuguesa contém itens que representam todas as categorias da escala original, mas contém quatro itens que representam quatro categorias adicionais: divertido, simpático, surpreendido e repulsa (Galinha & Ribeiro, 2005). Este facto acontece para que se tenha dez marcadores puros do afecto positivo e dez marcadores puros do afecto negativo, abarcando assim um maior número de emoções possíveis. A versão portuguesa da escala tem

uma boa consistência interna, com um Alpha de Cronbach de 0,86, e a correlação entre as duas dimensões da PANAS, afecto positivo e afecto negativo, é de -0,10 que é de magnitude semelhante ao da escala original, de -0,17, estando assim próximo do esperado, que é zero.

Nesta investigação, os itens da escala apresentam-se sensíveis, com distribuição normal (Anexo E) e a escala apresenta uma boa consistência interna, com um Alpha de Cronbach de 0,728 (Anexo E), e pode-se considerar que todos os itens são bons, uma vez que a exclusão de algum item não aumentaria significativamente o Alpha de Cronbach. Quanto à validade, aplicou-se uma análise factorial (Anexo E) onde se verificou a validade do constructo e a existência de dois factores. Em relação à correlação (Anexo E) entre as duas dimensões do PANAS verificou-se que é de -0,267, indicando assim que os afectos positivos estão significativamente relacionados com os afectos negativos, contudo não é uma correlação muito forte.

#### ❖ Inventário clínico de auto-conceito (Anexo F)

Para medir o auto-conceito utilizou-se o inventário clínico de auto-conceito de Serra (1986), que mede os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito.

É uma escala tipo likert, de auto-avaliação, composta por 20 itens, que devem ser respondidas segundo cinco possibilidades: “não concordo”, “concordou pouco”, “concordo moderadamente”, “concordo muito” e “concordo muitíssimo”.

Cada questão é classificada de 1 a 5 valores, umas vezes numa ordem directa, outras vezes de ordem inversa, isto é, no caso das questões negativas (itens 3, 12 e 18) a pontuação é revertida. Assim, o valor global pode oscilar de um mínimo de 20 a um máximo de 100, sendo que quanto maior for o valor global, mais elevado é o auto-conceito de um indivíduo (Serra, 1986).

Uma análise dos componentes principais, realizada por Serra (1986) revelou a presença de seis factores, sendo quatro deles bem definidos, dos quais os dois primeiros, pelas suas características, podem ser denominados de “aceitação/rejeição social” e de “auto-eficácia”. Estes dois primeiros factores são os mais importantes, e constituem facetas muito típicas do auto-conceito, relacionando-se o primeiro com o significado que uma pessoa pode ter para a outra e, o segundo, com a competência sentida em relação à resolução de problemas. O factor 3 designou-se factor de “maturidade psicológica” e o factor 4 de

“impulsividade/actividade”. Os factores 5 e 6 são factores mistos já representados noutros factores, não merecendo assim uma designação especial (Serra, 1995).

Os itens da escala apresentam-se sensíveis e com distribuição normal (Anexo G). Também no que se refere à fidelidade, a escala possui uma boa consistência interna, com um Alpha de Cronbach de 0,872 (Anexo G), e pode-se considerar que todos os itens são bons, visto que a exclusão de algum item não aumentaria significativamente o Alpha de Cronbach (Anexo G). Quanto à validade, efectuou-se uma análise factorial (Anexo G) onde se verificou a validade do constructo e a existência de seis factores para explicar a variância dos resultados. Estes factores englobam alguns itens diferentes dos que o autor tinha verificado no seu estudo, contudo atribui-se os nomes dados por Serra (1986) ao primeiro e segundo factor, no entanto numa ordem inversa, ou seja, o primeiro factor é de “auto-eficácia” (itens: 5, 8, 10, 11, 14 e 15) e o segundo é de “aceitação/rejeição social” (itens: 6, 9, 12, 14 e 17), visto que as características de ambos os itens englobam-se nestas denominações.

## **Procedimento**

Ao longo de mês de Setembro de 2009 foram contactadas as instituições, nomeadamente, o Centro Comunitário de Carcavelos, a associação de reformados e pensionistas de Sacavém, a Casa de Repouso de Birre, a Casa de Repouso Bem-vindo e os lares de Tires e da Madorna Apoio à 3ª idade, com o intuito de se ter autorização para se realizar a investigação e se combinar previamente um dia para se efectuar a recolha dos dados. Exclui-se os idosos cujo estado de saúde física mental não os permitisse levar uma vida normal. Para se ter contacto com os idosos que residem nas suas casas, recorreu-se a cafés e a jardins, localizados no concelho de Cascais, iniciando-se, assim, a recolha de dados no mês de Outubro de 2009.

A aplicação das escalas (questionário sócio-demográfico, escala de satisfação com a vida, escala de afectos positivos e afectos negativos e o inventário clínico de auto-conceito) foi efectuada junto dos idosos. Foi-lhes explicado o objectivo do estudo e pedido para assinar o consentimento informado (Anexo H). De seguida, foi lida a instrução à pessoa e dito que se surgisse qualquer dúvida poderia esclarecê-la. Desta forma, sempre que surgisse uma dificuldade na leitura ou interpretação dos itens, optou-se por ler e auxiliar a pessoa a assinalar a resposta.



Após a recolha dos dados, procedeu-se à cotação das escalas. No que se refere à escala de satisfação com a vida, o score total é dado pela soma de todos os itens, de modo a que quanto mais elevado for o resultado, maior será a satisfação com a vida. Assim, uma vez que a pontuação pode variar entre o 5 e os 35, considerando-se que os scores entre o 5 e o 9 indicam que o indivíduo está extremamente insatisfeito com a sua vida; entre o 10 e o 15 que está insatisfeito com a vida; dos 15 aos 19 que está pouco satisfeito com a sua vida; dos 20 aos 25, que está ligeiramente satisfeito com a sua vida; dos 26 aos 30 que a pessoa está satisfeita com a sua vida; e do 31 ao 35 indica que o indivíduo está extremamente satisfeito com a sua vida.

Em relação, à escala de afectos positivos e de afectos negativos (PANAS), o score total é dado da mesma forma. Contudo, é a soma de cada uma das subescalas que será mais importante para poder-se observar se existe um predomínio de algum dos tipos de afecto, pois permitirá comparar os valores.

No que diz respeito ao inventário clínico de auto-conceito, o mecanismo para se obter o score total é o mesmo dos anteriores, somando todos os itens, tendo em atenção que há três itens que se cotam de ordem inversa (itens: 3, 12 e 18). Para perceber como o auto-conceito de cada grupo se afasta do grupo total (120 idosos), deve-se ter em conta a média de cada subgrupo. Posteriormente, analisar-se-á a média de cada subgrupo comparando-a com a do grupo total e assim, perceber-se-á se o subgrupo terá um auto-conceito mais pobre ou mais rico, tendo em conta a média global.

Para o tratamento estatístico recorreu-se ao SPSS para Windows, iniciando-se com uma estatística descritiva para todas as variáveis, ou seja, satisfação com a vida, afectos positivos e afectos negativos, auto-conceito e os respectivos factores (auto-eficácia e aceitação/rejeição social), e o contacto com a família. De seguida, utilizou-se testes paramétricos (Anova One-Way e Sheffe), sempre que os pressupostos eram verificados, e testes não paramétricos (Kruskal-Wallis e LSD) quando os pressupostos não eram confirmados. A utilização destes testes foi importante para verificar se existiam diferenças entre os subgrupos, e se existissem entre que subgrupos. Para analisar a influência do auto-conceito no bem-estar subjectivo recorreu-se a uma regressão linear.

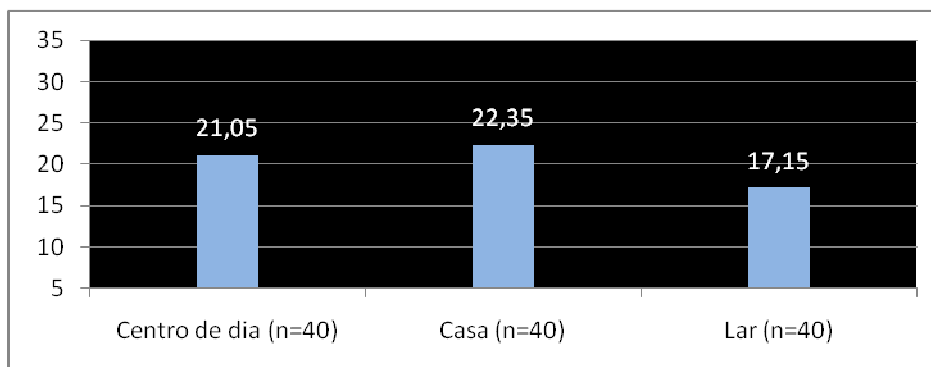
## 6. Análise de resultados

### Resultados obtidos na escala de satisfação com a vida

O primeiro objectivo da investigação é perceber se existem diferenças significativas no bem-estar subjectivo entre os três subgrupos. Para tal, iniciou-se pela componente cognitiva do bem-estar subjectivo, satisfação com a vida. Verificando-se que a média de satisfação com a vida no grupo de idosos (N=120) é de 20,18 (Anexo I), e que existem diferenças significativas (Anexo J), na satisfação com a vida, entre os subgrupos: lar e centro de dia, e lar e casa.

Posteriormente, analisou-se cada um dos itens da escala, para se identificar as principais diferenças entre os subgrupos (Anexo L).

**Gráfico 1: Média de satisfação com a vida nos três subgrupos**



Verifica-se que o lar tem uma média de satisfação com a vida (17,15) significativamente inferior ao dos outros subgrupos. Os idosos que estão em casa revelam um valor (22,35) de satisfação com a vida mais elevado, que os outros dois subgrupos, embora a média do subgrupo centro de dia (21,05) seja apenas um pouco inferior ao de casa.

**Tabela 1**

*Média das cotações em cada item da escala de satisfação com a vida, nos três subgrupos*

	Centro de dia	Casa	Lar
1. Em muitos aspectos a minha vida está próxima do meu ideal.	4,50	4,48	3,50
2. As minhas condições de vida são excelentes.	4,23	4,57	3,38
3. Estou satisfeito com a minha vida.	4,30	4,98	3,28
4. Até à data consegui as coisas importantes que queria na vida.	4,70	4,93	4,02
5. Se pudesse voltar a viver a minha vida desde o princípio, não alterava quase nada.	3,33	3,40	2,98

Verificam-se diferenças significativas entre os idosos que estão num lar e os outros dois subgrupos, centro de dia e casa, em todos os itens, à excepção do item cinco, que não difere significativamente entre nenhum subgrupo.

Em relação ao primeiro item, observa-se que as pessoas que estão no lar são a que menos consideram a sua vida estar próxima do seu ideal, com um valor médio de 3,50. Por sua vez, os subgrupos centro de dia (4,50) e casa (4,48) apresentam médias mais elevadas e semelhantes (Tabela 1).

No segundo item, é, também, o lar que apresenta o valor mais baixo (3,38). Contudo neste item, o subgrupo casa manifesta a média mais elevada (4,57) relativamente às suas condições de vida. O grupo de idosos que frequenta um centro de dia tem um valor médio (4,23) próximo do subgrupo casa (Tabela 1).

No terceiro item, é novamente o lar que apresenta o valor mais baixo (3,28), e o subgrupo casa o que tem uma média mais elevada (4,98). O subgrupo centro de dia (4,30), tal como no item anterior, tem a sua média entre os outros dois subgrupos, no entanto mais próxima da média do subgrupo casa (Tabela 1).

Em relação ao quarto item, acontece o mesmo que nos outros itens, embora os valores entre o lar e os outros subgrupos não sejam tão díspares como nos itens anteriores, pois as médias estão entre os quatro e próximo dos cinco pontos. Contudo, o subgrupo casa é o que apresenta a média mais elevada (4,93), o centro de dia é ligeiramente inferior (4,70), e o que tem a média mais baixa é o lar (4,02) (Tabela 1).

No item cinco, embora as diferenças não sejam significativas, o lar apresenta uma média um pouco inferior (2,98), relativamente aos outros dois subgrupos. Também, aqui as pessoas que estão em casa apresentam uma média (3,40) ligeiramente superior ao do centro de dia (3,33) (Tabela 1).

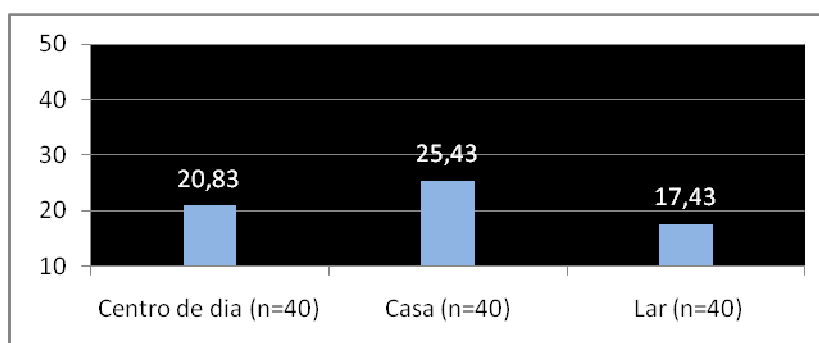
Observa-se, ainda, que o item que tem uma média mais elevada no subgrupo centro de dia é o quarto (4,70), que corresponde, também ao item que tem o valor mais elevado no lar (4,02). Por sua vez, o item que tem a média mais elevada, no subgrupo casa, é o item 3 (4,98). Já, o item onde foram atribuídas as pontuações mais baixas foi o quinto, nos três subgrupos (Tabela 1).

### Resultados obtidos na escala de afecto positivo e afecto negativo

Ao analisar-se a componente afectiva do bem-estar subjectivo, verificou-se que a média de afectos positivos do grupo de idosos (N=120) é de 21,23 (Anexo M), e a de afectos negativos é de 16,88 (Anexo O), ou seja, a presença de afectos positivos é mais frequente do que a de afecto negativos.

Relativamente, à escala de afectos positivos observou-se a existência de diferenças significativas entre todos os subgrupos (Anexo N). Já, na escala de afectos negativos, as diferenças significativas (Anexo P) são entre os subgrupos: lar e centro de dia, e lar e casa.

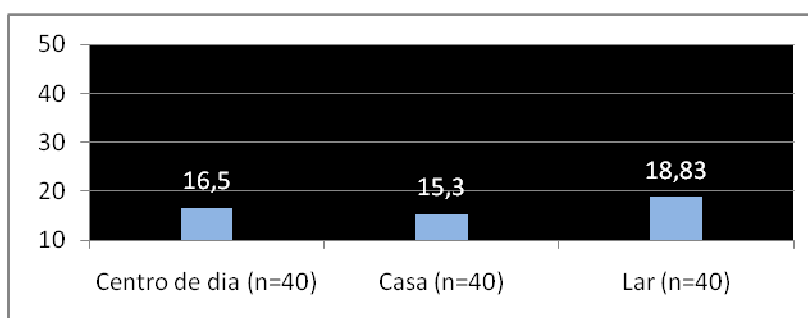
**Gráfico 2: Média de afectos positivos nos três subgrupos**



O subgrupo com um nível de afecto positivo mais elevado é o dos idosos que estão em casa (25,43). O grupo de idosos que frequentam um centro de dia tem uma média ligeiramente

inferior (20,83) ao do subgrupo casa. Já, o subgrupo que tem uma média mais baixa de afectos positivos é o dos idosos institucionalizados (17,43).

**Gráfico 3: Média de afectos negativos nos três subgrupos**



O lar é o subgrupo com o valor mais elevado de afectos negativos (18,83), diferenciando-se significativamente dos subgrupos centro de dia (16,50) e casa (15,30). Observa-se, ainda, que, apesar da diferença ser muito ligeira, o subgrupo casa é o que tem a média de afectos negativos mais baixa.

**Tabela 2**

*Itens da escala de afecto positivo com as médias mais elevadas em cada subgrupo*

Centro de dia	Casa	Lar
<b>Interessado (2,73)</b>	Determinado (3,20)	Caloroso (2,53)
<b>Caloroso (2,63)</b>	Activo (3,48)	Orgulhoso (2,18)

Os itens que têm médias mais elevadas diferem entre todos os subgrupos, à excepção de um, caloroso, pois é comum ao centro de dia e ao lar. Neste sentido, no centro dia os afectos positivos mais presentes são o interessado (2,73) e caloroso (2,63). Já em casa, são determinado (3,20) e activo (3,48), e no lar são caloroso (2,53) e orgulhoso (2,18). Verifica-se, ainda, que no que se refere aos itens com pontuação mais elevada de afecto positivo, os

que têm a média mais elevada, são ambos do subgrupo casa, e os que têm uma média mais baixa é o grupo dos idosos institucionalizados (Tabela 2).

**Tabela 3**

*Itens da escala de afecto positivo com as médias mais baixas em cada subgrupo*

Centro de dia	Casa	Lar
<b>Agradavelmente surpreendido (1,50)</b>	Agradavelmente surpreendido (1,68)	Agradavelmente surpreendido (1,28)
<b>Encantado (1,45)</b>	Encantado (1,60)	Encantado (1,25)

Os itens de afecto positivo menos frequentes são o agradavelmente surpreendido e o encantado. Estes são comuns nos três subgrupos, contudo é no subgrupo lar que a média destes afectos é mais baixa (Agradavelmente surpreendido: 1,28; Encantado: 1,25). No subgrupo centro de dia (Agradavelmente surpreendido: 1,50; Encantado: 1,45) e casa (Agradavelmente Surpreendido: 1,68; Encantado: 1,60) a média é ligeiramente mais elevada, mas é o subgrupo casa que tem a média maior nestes itens (Tabela 3).

**Tabela 4**

*Itens da escala de afecto negativo com as médias mais elevadas em cada subgrupo*

Centro de dia	Casa	Lar
<b>Nervoso (2,65)</b>	Nervoso (2,60)	Nervoso (2,88)
<b>Atormentado (2,03)</b>	Irritado (1,88)	Perturbado (2,25)

Um dos itens que tem a média mais elevada de afecto negativo, nervoso, é comum aos três subgrupos. Contudo, é no subgrupo lar que a média é mais elevada (2,88). Já no que se refere ao centro de dia (2,65) e a casa (2,60) a média é ligeiramente inferior ao do subgrupo lar (Tabela 4).

Relativamente, ao segundo afecto negativo mais presente, é diferente nos três subgrupos. Assim, no centro de dia é atormentado (2,03), em casa é o irritado (1,88) e no lar é o perturbado (2,25). Salienta-se, ainda, o facto do subgrupo que tem dois afectos negativos com médias mais elevadas, é o lar (Tabela 4).

**Tabela 5**

*Itens da escala de afecto negativo com as médias mais baixas em cada subgrupo*

Centro de dia	Casa	Lar
<b>Repulsa (1,00)</b>	Repulsa (1,03)	Repulsa (1,05)
<b>Trémulo (1,20)</b>	Remorsos (1,13)	Remorsos (1,25)

Um dos afectos negativos que está menos presente, repulsa, é comum aos três subgrupos. Apesar da média ser muito próxima em todos os subgrupos, é no centro de dia onde se verifica o valor mais baixo (1,00) e no lar a média mais alta (1,05) (Tabela 5).

O outro afecto negativo que está menos presente nos idosos, difere nos subgrupos. Assim, nos subgrupos casa (1,13) e lar (1,25) o afecto negativo é o mesmo, remorsos, contudo a sua média mais baixa é no grupo de idosos que está em casa. No grupo de idosos que frequenta um centro de dia, o outro afecto menos presente é trémulo (1,20) (Tabela 5).

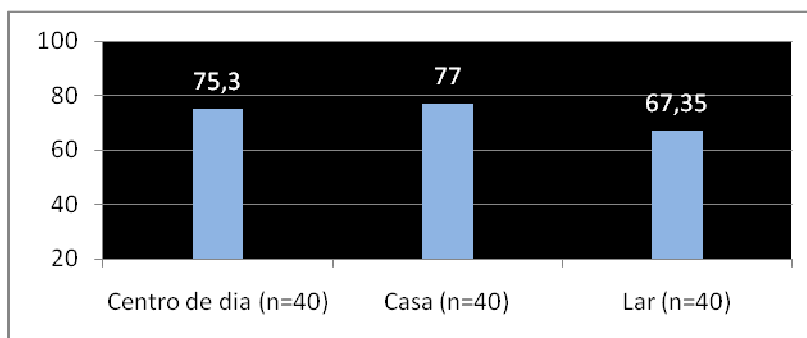
Outro aspecto que se salienta é o facto dos afectos negativos com as médias mais baixas pertencerem aos subgrupos centro de dia e casa (Tabela 5).

#### Resultados obtidos no inventário clínico de auto-conceito

Outro objectivo da investigação, foi perceber quais os níveis de auto-conceito nos idosos. Conclui-se que a média de auto-conceito do grupo de idosos (N=120) é de 73,22 (Anexo Q). Verifica-se, ainda, a existência de diferenças significativas entre os subgrupos: lar e centro de dia, e lar e casa (Anexo R).

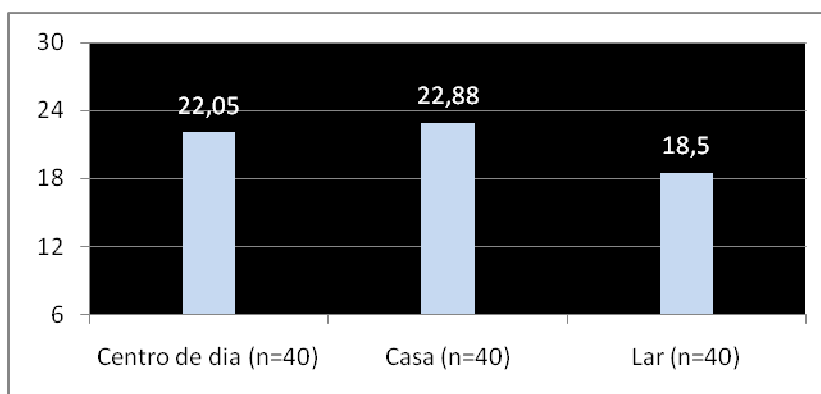
Posteriormente, analisou-se a auto-eficácia e a aceitação/rejeição social, verificando-se que a média de auto-eficácia do grupo de idosos é de 21,14 (Anexo S), e que existem diferenças significativas entre o lar e os outros dois subgrupos (Anexo S). Já a média de aceitação /rejeição social é de 18,40 (Anexo T), e, também, se observam diferenças significativas entre o lar e os subgrupos centro de dia e casa (Anexo T).

**Gráfico 4: Média do auto-conceito nos três subgrupos**



O subgrupo casa é o que apresenta uma média mais elevada (77), por sua vez o grupo de idosos que estão institucionalizados manifesta um valor significativamente mais baixo (67,35), comparativamente aos que frequentam um centro de dia (75,30) e os que estão em casa.

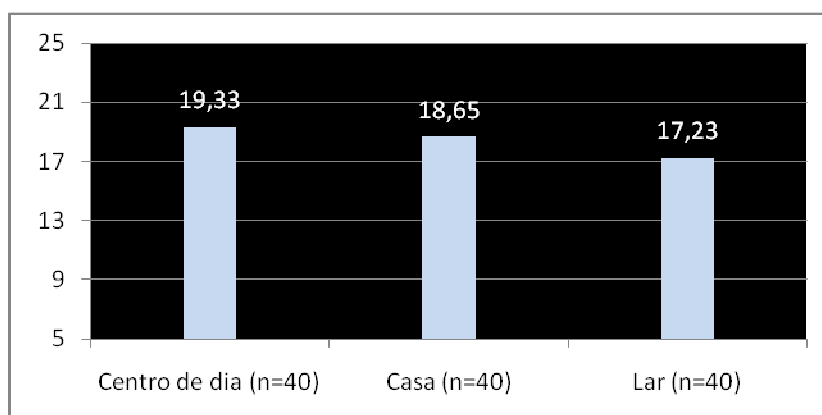
**Gráfico 5: Média da auto-eficácia nos três subgrupos**



O subgrupo lar manifesta diferenças significativas face ao centro de dia e à casa, apresentando uma média de auto-eficácia inferior (18,50). O subgrupo casa apresenta o valor de auto-eficácia mais elevado (22,88), já o grupo de idosos que frequentam um centro de dia apresentam uma média ligeiramente inferior (22,05) ao grupo de idosos que estão em casa.



**Gráfico 6: Média da aceitação/rejeição social nos três subgrupos**



O grupo dos idosos que frequentam um centro de dia manifesta a média mais elevada (19,33) de aceitação/rejeição social face aos outros dois subgrupos, revelando diferenças significativas relativamente ao lar, tendo este o valor mais baixo (17,23). A média do subgrupo casa (18,65), encontra-se entre os outros dois subgrupos, sem apresentar diferenças significativas em relação ao centro de dia e ao lar.

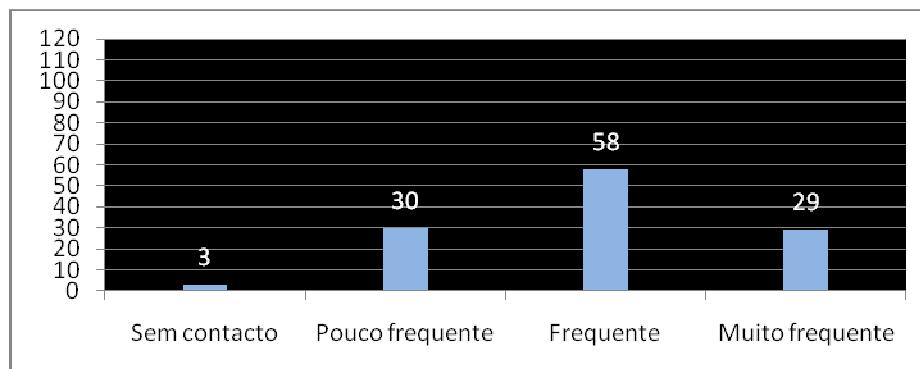
#### Relação entre o bem-estar subjectivo e o auto-conceito

Perceber a influência do auto-conceito no bem-estar subjectivo é outro objectivo do estudo. Deste modo, recorreu-se a uma regressão linear (Anexo U), onde se conclui que o modelo explica 57,1%, ou seja, estas variáveis estão correlacionadas em 57,1%. Assim, à medida que o auto-conceito aumenta, também o bem-estar subjectivo sobe.

#### Contacto com a família

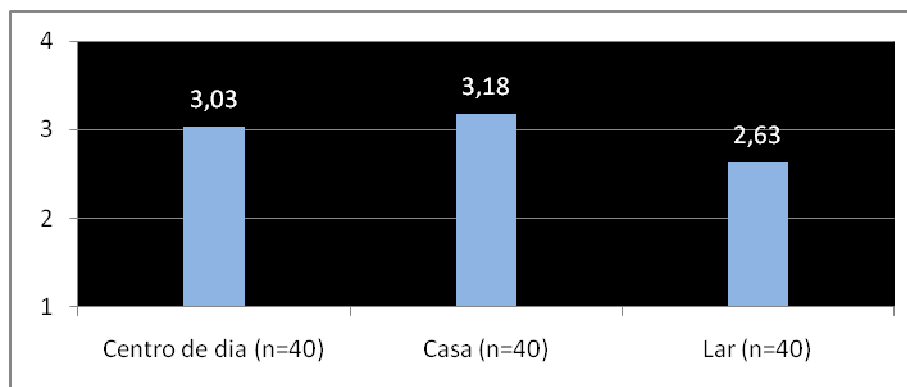
Paralelamente aos objectivos centrais da investigação, pretende-se, também, perceber como é o tipo de contacto com a família, e se difere consoante o tipo de subgrupo. Verificou-se, que a média de contacto com a família no grupo de idosos é de 2,94 (Anexo V), ou seja, a frequência de contacto com a família situa-se entre o pouco frequente e o frequente. Observaram-se, ainda, diferenças significativas entre o subgrupo lar e casa (Anexo X).

**Gráfico 7: Frequências do contacto com a família**



O tipo de contacto com a família predominante é o frequente, sendo que em 120 idosos, 58 classificam-no como frequente. O tipo pouco frequente foi o segundo a ser o mais respondido, com 30 sujeitos a assinalarem-no, e muito próximo a este número é o tipo muito frequente (29 sujeitos). O que é menos classificado é o sem contacto (3) com a família.

**Gráfico 8: Média de contacto com a família nos três subgrupos**



O subgrupo casa tem uma média de contacto com a família (3,18) ligeiramente superior ao do centro de dia (3,03), e significativamente superior ao do lar (2,63). Contudo, a média dos três subgrupos é aproximadamente de três, significando que todos os subgrupos se aproximam de um contacto frequente, no subgrupo lar a média de idosos que tem um contacto com a família frequente é menor.

## 7. Discussão de resultados

Os resultados da investigação evidenciaram que todas as hipóteses estabelecidas foram confirmadas.

Assim, no que se refere à satisfação com a vida, os resultados demonstram que na generalidade os idosos apresentam-se ligeiramente satisfeitos com a vida. Todavia, manifestam-se diferenças entre os idosos que estão institucionalizados e os outros dois subgrupos ao nível da satisfação com a vida, ou seja, que os idosos institucionalizados apresentam-se pouco satisfeitos com a sua vida. Este aspecto é ainda mais visível nos itens que remetem para as condições actuais de vida. Assim, este facto está associado ao próprio processo de institucionalização, que é sempre um momento difícil, onde predomina, na maioria das vezes, a perda da independência do sujeito e o declínio de autonomia e exercício pleno da sua vontade (Cardão, 2009). Apesar dos subgrupos dos idosos que residem nas próprias casas (centro de dia e casa), terem uma satisfação com a vida superior, consideram apenas estarem ligeiramente satisfeitos com a sua vida. Contudo, nos itens que remetem para a vida próxima do ideal e das condições de vida serem excelentes, verifica-se que estes idosos estão menos satisfeitos com a sua vida. Tal facto remete para o próprio envelhecimento, que está associado a inúmeras alterações com repercussões na funcionalidade, mobilidade, autonomia e saúde (Carvalho, 1999).

Salienta-se, ainda, o facto dos idosos que frequentam um centro de dia não apresentarem uma satisfação com a vida superior ao dos idosos que estão em casa sem alguma actividade em particular. O que difere de outros estudos, pois algumas investigações indicaram que os indivíduos mais satisfeitos com a vida relatam um maior número de actividade semanais e razões mais variadas para participar em actividades de lazer (Bevil, O'Connor e Matton, 1993, cit. in Galinha, 2008). Este aspecto poderá estar relacionado com o facto dos idosos que estão em casa e que não frequentam um centro de dia, continuarem a ter as suas tarefas domésticas e a manterem as suas relações sociais, e os idosos que frequentam um centro de dia, poderão ter optado por este tipo de instituição como forma de encontrar amigos, fugir à solidão e envolver-se em actividade lúdicas.

Relativamente aos afectos, os resultados mostram uma predominância dos afectos positivos sobre os negativos nos idosos. Contudo, no grupo de idosos institucionalizados constatou-se o inverso, ou seja, uma predominância dos afectos negativos sobre os positivos. O que nos remete para as vivências de perda inerentes à institucionalização. Segundo Paúl

(1997) o facto dos afectos negativos serem mais frequentes nos idosos que vivem no lar está muitas vezes relacionado com o desânimo aprendido, depressão e incapacidade excessiva. Ao se ter em conta os itens da escala de afecto positivo com as médias mais elevadas, percebe-se melhor estes resultados, pois no subgrupo centro de dia os idosos sentem-se mais frequentemente interessados e calorosos, já no subgrupo casa predomina o estar determinado e activo, em relação ao subgrupo lar, a presença de afectos positivos é, essencialmente, ao nível do caloroso e orgulhoso. Neste caso, a presença destes afectos devem-se sobretudo às visitas dos familiares ao lar, sobretudo o caloroso, e também ao estarem satisfeitos com a vida dos filhos e dos netos e com a vida que eles próprios tiveram até estarem num lar, daí dizerem que se sentem orgulhosos. Já no subgrupo centro de dia a predominância destes dois afectos positivos é justificado, essencialmente, pelo facto de estarem interessados pelas actividades que fazem e pelo convívio junto das outras pessoas, nomeadamente, dos outros idosos e dos funcionários do centro de dia; no que se refere aos idosos que estão em casa sem algum tipo de actividade específica, a presença mais frequente destes afectos positivos, deve-se ao facto do indivíduo ainda se sentir activo, uma vez que ainda consegue realizar as tarefas domésticas e de ter um controlo sobre a sua vida, e sentir-se com determinação no seu dia-a-dia para enfrentar os seus problemas. Por sua vez, a pouca frequência de idosos a sentir-se agradavelmente surpreendidos e encantados, deve-se fundamentalmente ao processo de envelhecimento e ao pensarem que já passaram pela maioria das coisas, viuvez, perda de filhos, reforma, diminuição orgânica e funcional.

No que concerne à presença de afectos negativos, verificou-se que a maioria dos idosos esteve nervoso nas últimas semanas e que de alguma forma se sentem perturbados, irritados e atormentados. Tal facto poderá estar associado à preocupação que tem com os filhos e com o aparecimento de doenças e limitações em si. Verificou-se, também, que é pouco frequente a presença de afectos como a repulsa, remorsos e trémulo nos idosos. Salienta-se, ainda, o facto de apesar de se verificar a predominância de alguns afectos positivos e afectos negativos, de forma geral esses afectos não foram considerados como bastante frequente, remetendo para o que outros autores referiram anteriormente, ou seja, que há um declínio da felicidade global e do estado de humor com a idade (Shmotkin, 1990, cit. in Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Para se verificar o nível de bem-estar subjectivo, é necessário ter em conta que o nível de bem-estar subjectivo é maior quando uma pessoa experiencia satisfação com a vida e emoções positivas e vivência menos emoções negativas (Galinha, 2008). Deste modo, pode-se

afirmar que os idosos que não estão institucionalizados têm um maior bem-estar subjectivo do que os idosos que estão institucionalizados, confirmando-se a primeira hipótese. Assim, a institucionalização poderá influenciar negativamente o bem-estar subjectivo.

Relativamente ao auto-conceito verificou-se que os idosos que frequentam um centro de dia e os idosos que estão em casa apresentam um auto-conceito superior ao da média do grupo total, remetendo assim para o facto destes dois subgrupos apresentarem um auto-conceito rico. Já no que se refere ao grupo de idosos institucionalizados a média é inferior ao do grupo total, quer isto dizer que os idosos institucionalizados apresentam um auto-conceito pobre face aos idosos que residem nas próprias casas, confirmando a segunda hipótese. Tal facto, poderá estar associado a uma perda de independência e da capacidade de controlar a própria vida, e, também, ao facto das relações sociais entre os idosos não serem promovidas, e das pessoas sentirem que estão ali à espera da morte. Segundo Carvalho e Mota (2002), a independência funcional e a autonomia são aspectos fundamentais da qualidade de vida e podem ser um factor determinante nas percepções que o indivíduo faz sobre si mesmo. Quanto mais o idoso se sente independente e autónomo maior será a imagem positiva de si mesmo, resultante da percepção de ser capaz de atingir os seus objectivos pessoais. Assim, a institucionalização poderá ser um factor que interfere negativamente no auto-conceito.

No que se refere auto-eficácia, verificou-se que os idosos institucionalizados têm uma auto-eficácia menor que os outros idosos. O que remete para a diminuição da funcionalidade, mobilidade, autonomia e saúde associada aos idosos institucionalizados. Neste sentido, os resultados encontrados vão no sentido da afirmação de Paúl (1997), que os idosos em ambientes institucionais desenvolvem fracas expectativas de auto-eficácia provocadas por vários factores, entre eles ambientais, em que o meio é em geral pouco receptivo à mudança e à actividade por parte do idoso. Salienta, ainda, que as mudanças do meio social associadas à velhice, podem provocar uma diminuição das capacidades motoras e cognitivas, devido à falta de uso. O que pode originar que as auto-percepções em que o indivíduo acredita e confia na sua capacidade e eficácia para enfrentar o meio ambiente com êxito, levando às consequências desejadas, estejam muito fragilizadas nos idosos institucionalizados. Já o facto dos idosos que residem nas próprias casas (centro de dia e casa) terem uma auto-eficácia superior pode-se dever ao facto destes, ainda, realizarem as suas coisas, tais como as tarefas domésticas e de higiene entre outros, sem auxílio dos outros, o que não acontece com os idosos institucionalizados. É de salientar, ainda, que os idosos que vivem em lares têm um

estilo de vida sedentário e uma perda de controlo, responsável, em parte, pelos sentimentos de desânimo e depressão.

Em relação à aceitação/rejeição social, verificou-se que a média é mais elevada no grupo de idosos que frequenta um centro de dia, o que é justificado pela maioria das vezes o idoso ir para um centro de dia como forma de encontrar amigos, fugir à solidão e envolver-se em actividades lúdicas. Já no caso dos idosos que estão em casa sem qualquer actividade em particular, os valores de aceitação social são semelhantes aos de que frequentam um centro de dia, o que poderá ter a ver com o facto dos idosos que estão em casa continuarem a manter as suas relações sociais. Por sua vez, os idosos institucionalizados têm uma aceitação social baixa, o que está relacionado com sentimentos mais ou menos manifestos de “abandono” pela família e vivências de perda da sua independência e da sua autonomia (Cardão, 2009), o que origina sentimentos de desvalorização, de inutilidade e de invalidez, mesmo nos idosos que se sentem aptos para continuarem a fazer as suas coisas, contudo na maioria das vezes não lhes é outorgado. Juntamente com estes sentimentos, os idosos institucionalizados não mantêm relações sociais com os outros idosos institucionalizados, tendo assim um sentimento de rejeição social superior aos idosos que não institucionalizados.

No que se refere à influência do auto-conceito no bem-estar subjectivo, verificou-se que existe correlação positiva entre as duas variáveis, confirmando-se a terceira hipótese. Assim, a percepção que o indivíduo tem de si, nas mais variadas facetas, influencia as avaliações afectivas e cognitivas que as pessoas fazem acerca da sua vida. Quanto maior for o auto-conceito maior é o bem-estar subjectivo (satisfação com a vida e predomínio de afectos positivos sobre os negativos). Deste modo, um auto-conceito realista, consistente e positivo pode ajudar a lidar melhor com o envelhecimento, e consequentemente com as alterações físicas, sociais e psicológicas que ocorrem no indivíduo. Contudo, um sujeito com um auto-conceito pobre pode influenciar negativamente o bem-estar subjectivo, podendo ser um factor interveniente no processo de envelhecimento normal, ou seja, pode originar o envelhecimento patológico.

Relativamente ao contacto com a família, observou-se que de forma geral o tipo de contacto com a família nos idosos é frequente. Contudo, é no grupo dos idosos institucionalizados que o contacto com a família parece variar entre o pouco frequente e o frequente. Neste sentido, pode pensar-se que contacto com a família pode estar a influenciar a aceitação social e a presença de afectos positivos e de afectos negativos, visto que os

indivíduos ao referirem estes aspectos relacionaram-nos com os familiares e com as pessoas à sua volta, que nos lares são, também, outros idosos institucionalizados.

## 8. Considerações finais

Actualmente, já não é raro chegar-se à velhice, como o foi durante milénios. Os progressos da medicina, bem como a melhoria das condições de vida da população em geral, tornaram possível o prolongamento da esperança média de vida da maior parte dos indivíduos, e, conseqüentemente, levaram ao aumento do número de idosos na população (Barreto, 2000).

Segundo Simões (2006), o envelhecimento para além de ser pessoal, ou seja, dependente da nossa biologia, é também um fenómeno contextual, visto que depende da forma como se vive, das experiências, do ambiente, da sociedade, entre outros factores, que interferem na maneira como cada indivíduo vivencia o seu envelhecimento.

Assim, é necessário que, quer os idosos, quer a sociedade envolvente, os ajude a envelhecer criativamente, não apenas desmistificando os diversos mitos e estereótipos (improdutividade, incapacidade, entre outros), mas promovendo de todos os modos as suas capacidades e criando uma cultura de respeito pela ancianidade, ao mesmo tempo que cuidam da sua saúde física e psíquica (Oliveira, 2008).

Ao longo do ciclo de vida, as redes sociais dos indivíduos mudam com os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, entre outros. Acontecimentos como a reforma ou a mudança de residência modificam muito esta rede. Com os anos a passarem, os pares vão morrendo e os sobreviventes ficam com menos amigos, as redes degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade. Torna-se, assim, muito importante promover a existência de relações sociais significativas, pois poderá ser um protector da saúde mental dos indivíduos (Paúl, 2005).

O bem-estar do idoso depende de numerosos factores, não só externos como também internos. O seu grau de satisfação com a vida vai resultar do êxito de um processo adaptativo contínuo às transformações que se sucedem. A qualidade de vida da pessoa que envelhece, é afectada pelas perdas e carências que a atingem, mas o efeito perturbador desses eventos depende essencialmente do significado que lhes atribui. Tal significado tem a ver com o conceito que faz de si mesma e da sua valia para os outros. Por isso, o apoio social e a ajuda dos cuidadores informais contribuem decisivamente para dar mais qualidade de vida e melhorar o seu bem-estar (Barreto, 2000).

Outro aspecto importante é, tentar contrariar a tendência de que à medida que incrementa a idade o indivíduo se torne menos activo, ou seja, é necessário que se



compreenda a velhice não como sinónimo de inactividade e que não significa forçosamente a diminuição completa da força das capacidades físicas e psíquicas (Guedes, 2001), tentando, assim, promover um envelhecimento bem-sucedido. Neste sentido, existem inúmeras possibilidades para que os idosos tenham um envelhecimento bem-sucedido, por exemplo, através de actividades que promovem o desenvolvimento físico e cognitivo, aumentem a rede de relações sociais e desta forma possam ter mais qualidade de vida e bem-estar.

Contudo, é de salientar que a história de vida de cada pessoa tem uma grande influência no bem-estar subjectivo e no auto-conceito do indivíduo, mas por vezes a situação actual, no caso dos idosos institucionalizados, parece ter um peso muito grande sobre o seu bem-estar subjectivo e sobre o seu auto-conceito.

Assim, por tudo aquilo que foi dito é importante continuar-se as investigações na área da qualidade de vida e do bem-estar dos idosos e, criar-se programas de intervenção nas instituições, tanto em lares como em centro de dia, com o intuito de potenciar um envelhecimento bem-sucedido. É de salientar, ainda, que no caso dos lares, deveria-se promover e potenciar as relações sociais entre os idosos institucionalizados, e a sua autonomia de modo a que os idosos se sintam valorizados, com a sua autonomia e com capacidade para efectuar as suas coisas do dia-a-dia.

## 9. Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Barreto, J. (2000). “A velhice e o sentido da vida”. *Brotéria*, 150 (2), 140-156.
- Byrne, B. (1984). The general/academic self-concept nomological network: a review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54 (3), 427-456.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler
- Carrilho, M. & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 91 a 2001. *Revistas de Estudos Demográficos*, 36, 175 – 197. Consultado em 20 de Outubro de 2009 através de <http://www.advita.pt/download.php?9f48570b4ace0350276de156556aa6a2>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness, and proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and social psychology*, 68 (4), 653-663.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

- Diener, E. & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russel Sage Foundation.
- Diener, E., Scollon, C. & Lucas, R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findins on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41.
- Faria, L. & Fontaine, A. (1990). Avaliação do conceito de si próprio em adolescentes: adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 97-105.
- Faria, L. & Silva, S. (2000). Efeitos do exercício na promoção do auto-conceito. *Psychologica*, 25, 25-43.
- Fonseca, A. (2005a). Aspectos Psicológicos da «passagem à reforma». Um estudo qualitativo com reformados portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.47-76). Lisboa: Climepsi
- Fonseca, A (2005b). O Envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 285-308).
- Fox, K., Boutcher, S., Faulkner, G. & Biddle, S. (2000). The case for exercise in the promotion of mental health and psychological well-being. In S. Biddle, K. Fox & S. Boutcher (Eds.), *Physical Activity and Psychological Well-Being* (pp. 1-9). London: Routledge

- Galinha, I. & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, saúde & doenças*, 6 (2), 203-214.
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto
- Gecas, V. (1982). The self Concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1-33.
- Gomes, M. & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjective em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (1), 35-45.
- Guedea, M. T., Albuquerque, F. J., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A., Seabra, M. A. & Guedea, R. L. (2006). Relação do Bem-Estar Subjectivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308.
- Guedes, O. (2001). *Idosos, Esporte e Actividades Físicas*. Brasil: Idéia Editora
- Kunzmann, U., Little, T. & Smith, J. (2000). Is Age-Related stability of subjective well-being paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin aging study. *Psychology and Aging*, 15 (3), 511-526.
- Lima, M., Teixeira, J. C. & Sequeira, A. B. (1996). O projecto de vida no idoso: idosos em centro de dia e na universidade internacional para a terceira idade. *Análise Psicológica*, XIV (2/3), 387-394.
- Lopes, R. C. (2006). O auto-conceito revisitado. *Psychologica*, 41, 317-327.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The Benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855.

- Melo, L. & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*, 7 (1), 107-121.
- Ministério da Saúde, Alto Comissário de saúde. Gabinete de informação e Prospectiva. Consultado em 20 de Outubro de 2009 através de [www.acs.min-saude.pt/pns](http://www.acs.min-saude.pt/pns)
- Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento. *Psicologia, Educação e Cultura*, III (2), 297-322.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida et al. (Eds.), *A acção educativa: análise psicossocial* (pp. 105-117). Leiria: ESEL/APPORT.
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso (3ª ed.)*. Porto: Livpsic.
- Paschoal, T. & Tamayo, A. (2008). Construção e Validação da Escala de Bem-Estar no Trabalho. *Avaliação Psicológica*, 7 (1), 11-22. Consultado a 20 de Setembro de 2009, através de [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100004&lng=pt&nrm=iso)
- Paúl, M. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida, idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 137-152.
- Peixoto, F. & Mata, L. (1993). Efeitos da Idade, Sexo e Nível Sócio-Cultural no Auto-Conceito. *Análise Psicológica*, 3 (XI), 401- 413.

- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 15* (2), 187-224.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica, 4* (XXV), 543-557.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist, 42* (6), 433-440.
- 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*(1), 141-166.
- Ryff, O. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69* (4), pp. 719-727.
- Schimmack, U., Oishi, S., Diener, E. & Suh, E. (2000). Facets of affective experiences: A framework for investigations of trait affect. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26* (6), 655-668.
- Schneider, R. H. & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia, 25* (4), 585-593. Consultado em 5 de Setembro de 2009 através de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>
- Segal, M. & Schall, R. (1996). Life satisfaction and caregiving stress for individuals with stroke and their primary caregivers. *Rehabilitation Psychology, 41* (4), 303-320.
- Sequeira, A. & Silva, M. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica, 3* (XX), 505-516.
- Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica, 7* (2), 57-66.
- Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica, 2* (VI), 101-110.

- Serra, A. (1995). Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Provas Psicológicas em Portugal, I*, 151-163.
- Serra, A. & Firmino, H. (1986). O Auto-Conceito nos doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica, 7*, 91-96.
- Serra, A., Firmino, H. & Barreiro (1989). O auto-conceito e solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão. *Psiquiatria Clínica, 10 (3)*, 157-164.
- Serra, A., Matos, A. & Gonçalves, S. (1986). O auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica, 7 (2)*, 96-101.
- Shavelson, R. & Bolus, R. (1982). Self-concept: the inter-play of theory and methods. *Journal of educational Psychology, 71 (1)*, 3-17.
- Shavelson, R., Hubner, J. & Stanton, J. (1976). Self.concept: validation of construct interpretation. *Review of Educational Research, 46*, 407-441.
- Simões, A. (1992). A EBS: uma escala para medir a dimensão temporal futura do bem-estar subjectivo?. *Psychologica, n°8*, pp. 13-25.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo publico a educar*. Lisboa: Ambar
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, M. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura, IV (2)*, 243-278.
- Simões, A., Lima, M., Vieira, C., Ferreira, J., Oliveira, A., Alcoforado, L., Neto, F., Ruiz, F., Cardoso, A., Felizardo, S. & Sousa, L. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. *Psychologica, 42*, 115-131.

- Simões, M. F. (1997). Auto-conceito e desenvolvimento pessoal em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1/3, 195-210.
- Siqueira, M. M. & Padovam, V. A. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24 (2), 201-209.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família (2ª ed.)*. Porto: Ambar
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista saúde pública*, 37 (3), 364-371.
- Spiriduso, W. W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. Champaign: Human Kinetics Publishers
- Spar, J. E. & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi
- Stathi, A., Fox, K. R.; McKenna, J. (2002). Physical Activity and Dimensions of Subjective Well-Being in Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 10, pp. 76-92.
- Teixeira, I. N. & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento Bem-Sucedido: Uma Meta no Curso da Vida. *Psicologia USP*, 19 (1), 81-94. Consultado em 3 de Novembro de 2009 através: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1678-51772008000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1678-51772008000100010&lng=pt&nrm=iso)
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic enjoyment. *Journal of personality and social psychology*, 64, 678-691.
- Watson, D. (2002). Positive Affectivity: The disposition to experience Pleasurable Emotional States. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive Psychology* (pp. 106-119). Oxford: University Press



Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 54, n°6, pp. 1063-1070.

Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.

## **10. ANEXOS**

## **ANEXO A: Questionário Sócio - Demográfico**

## Questionário sócio – demográfico

- Idade: \_\_\_\_\_
  
- Sexo: Feminino   
Masculino
  
- Estado Civil:  
Solteiro/a   
Casado/a   
Divorciado/a   
Viúvo/a
  
- Escolaridade:  
Nenhuma  1º ano  2º ano  3º ano  4º ano   
5º ano  6º ano  7º ano  8º ano  9º ano   
10º ano  11º ano  12º ano  Ensino Superior
  
- Profissão durante a vida activa:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Há quanto tempo está reformado/a? \_\_\_\_\_
  
- Onde habita actualmente:  
Casa própria   
Casa de familiar   
Casa de vizinho/amigo   
Lar residencial   
Outro: \_\_\_\_\_

- Actualmente frequenta algum tipo de actividade? Se sim, qual?

---

---

- Tem filhos:

Não

Sim

Quantos? \_\_\_\_\_

Idade e sexo \_\_\_\_\_

---

- Como define o contacto com a sua família:

Sem contacto

Pouco frequente

Frequente

Muito frequente

**Obrigada pela sua colaboração**

## **ANEXO B: Escala de satisfação com a vida**

## ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

Seguem-se cinco afirmações. Com umas poderá concordar, com outras poderá não concordar. Na série de números que vem a seguir a cada frase, marque com **X** o número que corresponde à sua ideia.

A sua concordância vai de 1 a 7. Se discorda totalmente – assinale 1, se concorda totalmente – assinale 7. Se a sua resposta não for nenhuma destas tem ainda cinco opções.

1	2	3	4	5	6	7					
Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente					
1. Em muitos aspectos 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 à data consegui as coisas importantes que queria na vida.					1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse voltar a viver a minha vida desde o princípio, não alterava quase nada.					1	2	3	4	5	6	7

**Obrigada pela sua colaboração!**

**ANEXO C: Outputs das qualidades  
psicométricas da Escala de satisfação com a  
vida**



## Qualidades psicométricas da Escala de satisfação com a vida

### Sensibilidade:

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Total
N		120
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	20,18
	Std. Deviation	5,930
Most Extreme Differences	Absolute	,108
	Positive	,101
	Negative	-,108
Kolmogorov-Smirnov Z		1,179
Asymp. Sig. (2-tailed)		,124

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

### Fidelidade:

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,850	5

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SV1	16,03	22,411	,661	,821
SV2	16,13	21,741	,772	,789
SV3	16,00	20,790	,811	,776
SV4	15,63	25,360	,641	,827
SV5	16,95	26,418	,446	,872

Validade:

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,830
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	278,654
	Df	10
	Sig.	,000

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,724	54,485	54,485	2,724	54,485	54,485
2	,795	15,899	70,384			
3	,649	12,979	83,363			
4	,500	10,000	93,362			
5	,332	6,638	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

## **ANEXO D: Escala de afectos positivos e de afectos negativos (PANAS)**

## PANAS

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções, durante as últimas semanas.

Use a seguinte escala para registar as suas respostas.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Pouco ou nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Médio</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
_____	Interessado			_____ Orgulhoso
_____	Perturbado			_____ Irritado
_____	Excitado			_____ Encantado
_____	Atormentado			_____ Remorsos
_____	Agradavelmente surpreendido			_____ Inspirado
_____	Culpado			_____ Nervoso
_____	Assustado			_____ Determinado
_____	Caloroso			_____ Trémulo
_____	Repulsa			_____ Activo
_____	Entusiasmo			_____ Amedrontado

**Obrigada pela sua colaboração!**

## **ANEXO E: Outputs das qualidades psicométricas do PANAS**

## Qualidades psicométricas PANAS

### Sensibilidade:

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		total_PANAS
N		120
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	38,10
	Std. Deviation	7,179
Most Extreme Differences	Absolute	,101
	Positive	,077
	Negative	-,101
Kolmogorov-Smirnov Z		1,102
Asymp. Sig. (2-tailed)		,176
Exact Sig. (2-tailed)		,164
Point Probability		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

### Fidelidade:

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,728	20

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
AP1	35,53	46,941	,210	,727
AP2	36,44	45,039	,482	,701
AP3	36,62	47,112	,386	,711
AP4	35,41	44,748	,436	,704
AP5	35,83	43,356	,491	,697

AP6	35,58	42,129	,550	,690
AP7	36,67	46,611	,478	,706
AP8	36,58	44,632	,561	,696
AP9	35,57	42,920	,514	,694
AP10	35,57	42,567	,500	,695
NA1	36,07	51,256	-,044	,746
NA2	36,10	48,713	,123	,734
NA3	36,85	49,893	,178	,725
NA4	36,35	48,045	,215	,724
NA5	37,08	51,515	-,002	,730
NA6	36,11	47,560	,271	,719
NA7	36,91	50,555	,113	,728
NA8	35,39	50,072	,041	,740
NA9	36,78	49,873	,131	,728
NA10	36,50	50,017	,068	,735

Validade:

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,788	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1019,925
	Df	190
	Sig.	,000

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component	
	1	2
AP1	,529	-,473
AP2	,636	
AP3	,579	
AP4	,626	
AP5	,805	
AP6	,676	
AP7	,738	
AP8	,799	
AP9	,758	

AP10	,784	
AN1		,647
AN2		,695
AN3		,560
AN4		,669
AN5		
AN6		,573
AN7		,497
AN8		,535
AN9		,562
AN10		,652

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

Correlação entre as duas subescalas:

**Correlations**

		APTtotal	ANTtotal
APTtotal	Pearson Correlation	1	-,267**
	Sig. (2-tailed)		,003
	N	120	120
ANTtotal	Pearson Correlation	-,267**	1
	Sig. (2-tailed)	,003	
	N	120	120

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



## **ANEXO F: Inventário clínico de auto-conceito**

## Inventário Clínico de Auto-Conceito

### Instruções:

De seguida são expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia Cuidadosamente cada questão e responda verdadeira e espontaneamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual, e não o estado de espírito do momento. Coloque uma cruz (x) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1- Sei que sou uma pessoa simpática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- De modo geral tenho por habito enfrentar e resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
10- Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em pratica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Considero-me competente naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Sou uma pessoa que gosta muito de fazer aquilo que lhe apetece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obrigada pela sua colaboração.**

**ANEXO G: Outputs das qualidades  
psicométricas do Inventário clínico de auto-  
conceito**

## Qualidades psicométricas do Inventário clínico de auto-conceito

### Sensibilidade:

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Total
N		120
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	73,22
	Std. Deviation	9,091
Most Extreme Differences	Absolute	,112
	Positive	,069
	Negative	-,112
Kolmogorov-Smirnov Z		1,226
Asymp. Sig. (2-tailed)		,099
Exact Sig. (2-tailed)		,092
Point Probability		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

### Fidelidade:

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,872	20

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
AC1	69,53	77,226	,410	,869
AC2	68,92	78,934	,268	,873
AC3	69,34	72,849	,485	,867
AC4	69,94	73,450	,461	,868
AC5	70,13	72,688	,559	,863
AC6	69,56	78,518	,363	,870
AC7	69,23	79,268	,266	,872
AC8	69,58	72,581	,620	,861
AC9	69,85	75,187	,535	,865
AC10	69,56	73,139	,563	,863
AC11	69,81	73,097	,572	,863
AC12	69,03	75,151	,348	,873
AC13	68,74	79,437	,241	,873
AC14	69,66	73,202	,636	,861
AC15	69,42	75,539	,468	,867

AC16	70,20	74,027	,493	,866
AC17	69,59	77,252	,481	,867
AC18	69,63	73,715	,477	,867
AC19	69,28	78,339	,499	,868
AC20	70,13	68,093	,706	,856

Validade:

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,803
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1078,454
	Df	190
	Sig.	,000

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,155	30,774	30,774	6,155	30,774	30,774	4,043	20,213	20,213
2	2,396	11,978	42,752	2,396	11,978	42,752	2,873	14,365	34,578
3	1,929	9,644	52,395	1,929	9,644	52,395	1,985	9,924	44,502

4	1,272	6,361	58,757	1,272	6,361	58,757	1,851	9,255	53,757
5	1,189	5,945	64,702	1,189	5,945	64,702	1,675	8,377	62,134
6	1,027	5,136	69,838	1,027	5,136	69,838	1,541	7,703	69,838
7	,903	4,517	74,354						
8	,754	3,769	78,123						
9	,610	3,049	81,172						
10	,570	2,848	84,020						
11	,504	2,521	86,540						
12	,454	2,272	88,813						
13	,443	2,214	91,026						
14	,347	1,737	92,763						
15	,311	1,555	94,318						
16	,290	1,450	95,767						
17	,252	1,261	97,028						
18	,234	1,172	98,201						
19	,196	,982	99,182						
20	,164	,818	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component					
	1	2	3	4	5	6



AC1						,704
AC2			,843			
AC3				,775		
AC4						,691
AC5	,569					
AC6		,775				
AC7			,542		,541	
AC8	,729					
AC9		,799				
AC10	,759					
AC11	,666					
AC12		,416			,755	
AC13			,866			
AC14	,591	,493				
AC15	,739					
AC16				,749		
AC17		,794				
AC18					,691	
AC19	,717					
AC20	,665					

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.



## **ANEXO H: Carta de consentimiento informado**

## **Carta de consentimento informado**

Fui requisitado(a) para participar num estudo no âmbito de uma dissertação de mestrado do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. A presente investigação pretende avaliar o bem-estar subjectivo e o auto-conceito na terceira idade. A investigação está a ser levada a cabo pela aluna do 2º Ciclo do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Carina Andreia Ramos dos Anjos Loureiro.

Serei solicitado(a) a responder a questionários, onde é pedido que responda com a máxima sinceridade e de acordo com os meus sentimentos, não existindo respostas correctas ou erradas.

Estou ciente que os resultados da investigação podem ser publicados, mas o meu nome ou identificação nunca serão revelados. Para manter a confidencialidade dos meus dados a investigadora usará códigos para os sujeitos e apenas ela terá acesso aos nomes e respectivos códigos. Qualquer dúvida em relação ao estudo ou à minha participação, antes ou depois do meu consentimento, serão respondidas pela investigadora.

Declaro que li todas as informações acima. Recebi explicações sobre a natureza da investigação e compreendo que posso retirar o meu consentimento e interromper a minha participação a qualquer momento, sem qualquer penalização.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

---

Assinatura do(a) participante

---

Assinatura da investigadora

# **ANEXO I: Outputs da análise descritiva da Escala de satisfação com a vida**

## Outputs da análise descritiva da Escala de satisfação com a vida

### Descriptives

Grupo			Statistic	Std. Error	
Total_SV	centro de dia	Mean	21,05	,981	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19,07	
			Upper Bound	23,03	
		5% Trimmed Mean		21,33	
		Median		22,00	
		Variance		38,459	
		Std. Deviation		6,202	
		Minimum		7	
		Maximum		30	
		Range		23	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		-,660	,374
		Kurtosis		-,564	,733
		Casa		Mean	22,35
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			20,70	
	Upper Bound			24,00	
5% Trimmed Mean				22,44	
Median				23,00	
Variance				26,746	
Std. Deviation				5,172	
Minimum				11	
Maximum				33	
Range				22	
Interquartile Range				7	
Skewness				-,516	,374
Kurtosis				-,097	,733
Lar				Mean	17,15
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15,49	
			Upper Bound	18,81	
		5% Trimmed Mean		16,81	

Median	16,00	
Variance	27,054	
Std. Deviation	5,201	
Minimum	11	
Maximum	30	
Range	19	
Interquartile Range	7	
Skewness	,888	,374
Kurtosis	-,116	,733

### Report

Total\_SV

Grupo	Mean	N	Std. Deviation
centro de dia	21,05	40	6,202
casa	22,35	40	5,172
Lar	17,15	40	5,201
Total	20,18	120	5,930

### Report

Grupo		SV1	SV2	SV3	SV4	SV5
centro de dia	Mean	4,50	4,23	4,30	4,70	3,33
	N	40	40	40	40	40
	Std. Deviation	1,585	1,609	1,604	1,488	1,623
casa	Mean	4,47	4,57	4,98	4,93	3,40
	N	40	40	40	40	40
	Std. Deviation	1,320	1,338	1,349	,917	1,215
Lar	Mean	3,50	3,38	3,28	4,02	2,98
	N	40	40	40	40	40
	Std. Deviation	1,754	1,427	1,377	1,187	1,476
Total	Mean	4,16	4,06	4,18	4,55	3,23
	N	120	120	120	120	120
	Std. Deviation	1,619	1,536	1,598	1,269	1,448

## **ANEXO J: Outputs ANOVA e Sheffe da Escala de satisfação com a vida**



## Outputs Anova e Sheffe da Escala de satisfação com a vida

### Test of Homogeneity of Variances

Total\_SV

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,316	2	117	,272

### ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	585,867	2	292,933	9,525	,000
Within Groups	3598,100	117	30,753		
Total	4183,967	119			

### Multiple Comparisons

Scheffe

(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
centro de dia	Casa	-1,300	1,240	,579	-4,37	1,77
	Lar	3,900*	1,240	,009	,83	6,97
Casa	centro de dia	1,300	1,240	,579	-1,77	4,37
	Lar	5,200*	1,240	,000	2,13	8,27
Lar	centro de dia	-3,900*	1,240	,009	-6,97	-,83
	Casa	-5,200*	1,240	,000	-8,27	-2,13

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

# **ANEXO L: Outputs Kruskal-wallis e LSD para a análise de itens da Escala de satisfação com a vida**

## Kruskall-Wallis e LSD para análise de itens da Escala de Satisfação com a vida

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
SV1	3,233	2	117	,043
SV2	1,938	2	117	,149
SV3	2,212	2	117	,114
SV4	6,598	2	117	,002
SV5	2,613	2	117	,078

## Kruskal-Wallis Test

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	SV1
Chi-Square	9,086
Df	2
Asymp. Sig.	,011

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Grupo

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	SV2
Chi-Square	12,668
Df	2
Asymp. Sig.	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Grupo

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	SV3
Chi-Square	22,018
Df	2
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Grupo

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	SV4
Chi-Square	12,459
Df	2
Asymp. Sig.	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Grupo

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	SV5
Chi-Square	4,309
Df	2
Asymp. Sig.	,116

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Grupo

**Multiple Comparisons**

LSD

Dependent Variable	(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
SV1	centro de dia	casa	,025	,350	,943	-,67	,72
		lar	1,000*	,350	,005	,31	1,69

	casa	centro de dia						
		lar						
	lar	centro de dia						
		casa						
SV2	centro de dia	casa						
		lar						
	casa	centro de dia						
		lar						
	lar	centro de dia						
		casa						
SV3	centro de dia	casa						
		lar						
	casa	centro de dia						
		lar						
	lar	centro de dia						
		casa						
SV4	centro de dia	casa						
		lar						
	casa	centro de dia						
		lar						
	lar	centro de dia						
		casa						
SV5	centro de dia	casa						
		lar						
	casa	centro de dia						
		lar						
	lar	centro de dia						
		casa						

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## **ANEXO M: Outputs da análise descritiva de afectos positivos**

## Outputs da análise descritiva de afectos positivos

### Report

APTtotal

Grupo	Mean	N	Std. Deviation
centro de dia	20,82	40	7,114
Casa	25,43	40	5,148
Lar	17,42	40	5,991
Total	21,23	120	6,919

### Report

Grupo		AP1	AP2	AP3	AP4	AP5	AP6	AP7	AP8	AP9	AP10
Centro de dia	Mean	2,7250	1,6000	1,5000	2,6250	2,1250	2,2500	1,4500	1,5500	2,5750	2,4250
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Std. Deviation	1,26060	,92819	,87706	,95239	1,04237	1,25576	,71432	,95943	1,00989	1,05945
Casa	Mean	2,9750	1,8000	1,6750	2,9250	2,9250	3,1500	1,6000	1,7000	3,2000	3,4750
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Std. Deviation	,91952	,82275	,69384	,82858	,91672	,83359	,67178	,79097	,88289	,75064
Lar	Mean	2,0250	1,5750	1,2750	2,5250	1,7750	2,1750	1,2500	1,3000	1,8250	1,7000
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Std. Deviation	1,02501	,90263	,55412	1,15442	,97369	1,03497	,63043	,68687	,95776	,91147
Total	Mean	2,5750	1,6583	1,4833	2,6917	2,2750	2,5250	1,4333	1,5167	2,5333	2,5333

# **ANEXO N: Outputs ANOVA para os afectos positivos**



## Outputs ANOVA para os afectos positivos

### Test of Homogeneity of Variances

APTtotal

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,095	2	117	,338

### ANOVA

APTtotal

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1289,600	2	644,800	17,117	,000
Within Groups	4407,325	117	37,669		
Total	5696,925	119			

### Multiple Comparisons

APTtotal

Scheffe

(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
centro de dia	Casa	-4,600*	1,372	,005	-8,00	-1,20
	Lar	3,400	1,372	,050	,00	6,80
casa	centro de dia	4,600*	1,372	,005	1,20	8,00
	Lar	8,000*	1,372	,000	4,60	11,40
lar	centro de dia	-3,400	1,372	,050	-6,80	,00
	Casa	-8,000*	1,372	,000	-11,40	-4,60

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## **ANEXO O: Outputs da análise descritiva de afectos negativos**

## Outputs da análise descritiva de afectos negativos

### Report

ANTotal

Grupo	Mean	N	Std. Deviation
centro de dia	16,50	40	5,023
Casa	15,30	40	3,228
Lar	18,83	40	4,437
Total	16,88	120	4,505

### Report

Grupo		AN1	AN2	AN3	AN4	AN5	AN6	AN7	AN8	AN9	AN10
Centro de dia	Mean	1,9500	2,0250	1,2250	1,7500	1,0000	1,9750	1,2000	2,6500	1,1750	1,5500
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Std. Deviation	1,01147	1,18727	,57679	1,00639	,00000	,99968	,56387	1,16685	,59431	,87560
Casa	Mean	1,7000	1,7250	1,1750	1,5250	1,0250	1,8750	1,1250	2,6000	1,2250	1,3250
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Std. Deviation	,72324	,87669	,38481	,71567	,15811	,68641	,33493	,70892	,53048	,57233
Lar	Mean	2,4500	2,2500	1,3500	1,9750	1,0500	2,1250	1,2500	2,8750	1,5750	1,9250
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

	Std. Deviation	,90441	,95407	,62224	,91952	,22072	,88252	,49355	,93883	,78078	,94428
Total	Mean	2,0333	2,0000	1,2500	1,7500	1,0250	1,9917	1,1917	2,7083	1,3250	1,6000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
	Std. Deviation	,93425	1,02899	,53844	,90051	,15678	,86477	,47271	,95615	,66310	,84416

## **ANEXO P: Outputs Kruskal-Wallis e LSD para os afectos negativos**

## Outputs Kruskal-Wallis e LSD para os afectos positivos

### Test of Homogeneity of Variances

ANTotal

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4,197	2	117	,017

### Kruskal-Wallis Test

#### Test Statistics<sup>a,b,c</sup>

	ANTotal
Chi-Square	13,190
Df	2
Asymp. Sig.	,001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Grupo

### Multiple Comparisons

ANTotal

LSD

(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
centro de dia	Casa	1,200	,960	,214	-,70	3,10
	Lar	-2,325 <sup>*</sup>	,960	,017	-4,23	-,42
Casa	centro de dia	-1,200	,960	,214	-3,10	,70
	Lar	-3,525 <sup>*</sup>	,960	,000	-5,43	-1,62
Lar	centro de dia	2,325 <sup>*</sup>	,960	,017	,42	4,23
	Casa	3,525 <sup>*</sup>	,960	,000	1,62	5,43

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## **ANEXO Q: Outputs da análise descritiva do Inventário clínico de auto-conceito**

## Outputs da análise descritiva do Inventário clínico de auto-conceito

### Descriptives

Grupo			Statistic	Std. Error
Total	centro de dia	Mean	75,30	1,143
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	72,99	
		Upper Bound	77,61	
		5% Trimmed Mean	75,69	
		Median	77,00	
		Variance	52,215	
		Std. Deviation	7,226	
		Minimum	57	
		Maximum	86	
		Range	29	
		Interquartile Range	8	
		Skewness	-,884	,374
		Kurtosis	,374	,733
	casa	Mean	77,00	1,134
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	74,71	
		Upper Bound	79,29	
		5% Trimmed Mean	77,25	
		Median	76,50	
		Variance	51,436	
		Std. Deviation	7,172	
		Minimum	61	
		Maximum	90	
		Range	29	
		Interquartile Range	9	
		Skewness	-,606	,374
		Kurtosis	,002	,733
	lar	Mean	67,35	1,534



95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	64,25	
	Upper Bound	70,45	
5% Trimmed Mean		67,28	
Median		67,00	
Variance		94,079	
Std. Deviation		9,699	
Minimum		45	
Maximum		89	
Range		44	
Interquartile Range		14	
Skewness		,177	,374
Kurtosis		-,127	,733

### Report

Total

Grupo	Mean	N	Std. Deviation
centro de dia	75,30	40	7,226
casa	77,00	40	7,172
lar	67,35	40	9,699
Total	73,22	120	9,091

## **ANEXO R: Outputs ANOVA e Sheffe para o Inventário clínico de auto-conceito**

## Outputs ANOVA para o Inventário clínico de auto-conceito

### Test of Homogeneity of Variances

Total

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,566	2	117	,081

### ANOVA

Total

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2122,867	2	1061,433	16,104	,000
Within Groups	7711,500	117	65,910		
Total	9834,367	119			

### Multiple Comparisons

Total

Scheffe

(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
centro de dia	Casa	-1,700	1,815	,646	-6,20	2,80
	Lar	7,950*	1,815	,000	3,45	12,45
casa	centro de dia	1,700	1,815	,646	-2,80	6,20
	Lar	9,650*	1,815	,000	5,15	14,15
lar	centro de dia	-7,950*	1,815	,000	-12,45	-3,45
	Casa	-9,650*	1,815	,000	-14,15	-5,15

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## **ANEXO S: Outputs do factor auto-eficácia**

## Outputs do factor auto-eficácia

### Report

COMPUTE Total\_AE=SUM(AC5, AC8, AC10, AC11,  
AC14, AC15)

Grupo	Mean	N	Std. Deviation
centro de dia	22,0500	40	2,69805
casa	22,8750	40	2,98876
lar	18,5000	40	4,16949
Total	21,1417	120	3,82670

### Test of Homogeneity of Variances

COMPUTE Total\_AE=SUM(AC5, AC8, AC10, AC11,  
AC14, AC15)

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,926	2	117	,022

### Test Statistics<sup>a,b,c</sup>

	COMPUTE Total_AE=SUM( AC5, AC8, AC10, AC11, AC14, AC15)
Chi-Square	28,411
df	2
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo

**Multiple Comparisons**

COMPUTE Total\_AE=SUM(AC5, AC8, AC10, AC11, AC14, AC15)

LSD

(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
centro de dia	Casa	-,82500	,74830	,273	-2,3070	,6570
	Lar	3,55000*	,74830	,000	2,0680	5,0320
casa	centro de dia	,82500	,74830	,273	-,6570	2,3070
	Lar	4,37500*	,74830	,000	2,8930	5,8570
lar	centro de dia	-3,55000*	,74830	,000	-5,0320	-2,0680
	Casa	-4,37500*	,74830	,000	-5,8570	-2,8930

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## **ANEXO T: Outputs do factor aceitação/rejeição social**

## Outputs do factor aceitação/rejeição social

### Report

COMPUTE Total\_Ac\_R=SUM(AC6, AC9, AC12, AC14, AC17)

Grupo	Mean	N	Std. Deviation
centro de dia	19,3250	40	2,22327
casa	18,6500	40	2,64624
lar	17,2250	40	3,05075
Total	18,4000	120	2,78169

### Test of Homogeneity of Variances

COMPUTE Total\_Ac\_R=SUM(AC6, AC9, AC12, AC14, AC17)

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4,554	2	117	,012

### Test Statistics<sup>a,b,c</sup>

	COMPUTE Total_Ac_R=SU M(AC6, AC9, AC12, AC14, AC17)
Chi-Square	11,555
df	2
Asymp. Sig.	,003

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo



**Test Statistics<sup>a,b,c</sup>**

	COMPUTE Total_Ac_R=SU M(AC6, AC9, AC12, AC14, AC17)
Chi-Square	11,555
df	2
Asymp. Sig.	,003

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo

**Multiple Comparisons**

COMPUTE Total\_Ac\_R=SUM(AC6, AC9, AC12, AC14, AC17)

LSD

(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
centro de dia	Casa	,67500	,59515	,259	-,5037	1,8537
	Lar	2,10000*	,59515	,001	,9213	3,2787
casa	centro de dia	-,67500	,59515	,259	-1,8537	,5037
	Lar	1,42500*	,59515	,018	,2463	2,6037
lar	centro de dia	-2,10000*	,59515	,001	-3,2787	-,9213
	Casa	-1,42500*	,59515	,018	-2,6037	-,2463

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## **ANEXO U: Regressão linear**

## Regressão linear

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,763 <sup>a</sup>	,582	,571	5,953

a. Predictors: (Constant), ANTotal, APTotal, Total\_SV

## **ANEXO V: Outputs da análise descritiva do contacto com a família**

## Outputs da análise descritiva do contacto com a família

### Report

Contacto

Grupo	Mean	N	Std. Deviation
centro de dia	3,03	40	,862
casa	3,18	40	,712
lar	2,63	40	,628
Total	2,94	120	,770

### Contacto

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sem contacto	3	2,5	2,5	2,5
pouco frequente	30	25,0	25,0	27,5
frequente	58	48,3	48,3	75,8
muito frequente	29	24,2	24,2	100,0
Total	120	100,0	100,0	

## **ANEXO X: Outputs ANOVA e Sheffe para contacto com a família**

## Outputs ANOVA para contacto com a família

### Test of Homogeneity of Variances

Contacto

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,025	2	117	,975

### ANOVA

Contacto

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6,467	2	3,233	5,899	,004
Within Groups	64,125	117	,548		
Total	70,592	119			

### Multiple Comparisons

Contacto

Scheffe

(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
centro de dia	casa	-,150	,166	,664	-,56	,26
	lar	,400	,166	,058	-,01	,81
casa	centro de dia	,150	,166	,664	-,26	,56
	lar	,550*	,166	,005	,14	,96
lar	centro de dia	-,400	,166	,058	-,81	,01
	casa	-,550*	,166	,005	-,96	-,14

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.