

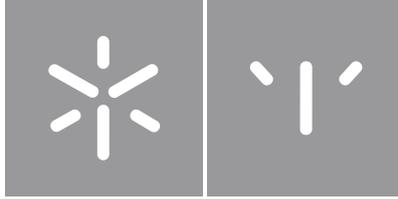


**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Sara Filipa da Silva Monteiro

**Mudanças relacionadas com a idade e bem-estar subjetivo: a influência da saúde e da solidão**





**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Sara Filipa da Silva Monteiro

**Mudanças relacionadas com a idade e  
bem-estar subjetivo: a influência da saúde e  
da solidão**

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação do

**Professor Doutor José Ferreira-Alves**

## DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### *Licença concedida aos utilizadores deste trabalho*



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## Agradecimentos

Gostava em primeiro lugar de dirigir um especial agradecimento aos meus pais e ao meu irmão que de uma forma muito generosa e sempre com muito amor permitiram a concretização desta etapa na minha vida. Ao Luís agradeço ter sido sempre o meu maior parceiro ao longo destes anos.

Ao professor José Ferreira-Alves, gostaria de tecer palavras de gratidão. Não se trata apenas de um agradecimento, mas de uma consciência clara de que existem pessoas, que pelo entusiasmo com que falam nos assuntos, nos cativam e nos incitam a ser mais entusiastas e sonhadores.

Agradecer ainda às minhas companheiras de equipa, a Ana e a Diana pela gentileza de nos momentos bons e menos bons terem sido sempre sinónimo de suporte e de muito conforto para o coração. À Mariana Paim agradeço a disponibilidade, a atenção e toda a ajuda na construção desta tese, bem como à procura incansável de soluções e à enorme generosidade. A todo o grupo de investigação, deixo também o meu agradecimento por todos estes anos de empenho.

Também à Alexandra, à Andreia, à Joana, ao João, à Marta e a Sara dedico esta minha conquista, por terem sido sempre, ao longo destes anos uma fonte inesgotável de força mas essencialmente de muito amor e amizade. À Clara e à minha Su, quero apenas agradecer a gentileza de ter partilhado convosco a missão do amor ao próximo, do voluntariado e de ser “lápiz nas mãos de Deus”.

Ao Grão, e a todos os que dele fizeram parte, aos meus companheiros de missão e todos com os quais me cruzei nestes anos por causa deste projecto, Deçu paga bô (Obrigada)! Porque me ensinaram que sempre que somos ternurentos, generosos e sensíveis às necessidades dos outros acabamos por cumprir a missão para o qual fomos criados.

Gostaria também de deixar entoar no coração de todos os que hoje terminam esta etapa comigo e que com toda a certeza levo para a vida, votos de muitos sucessos e conquistas!

E por fim, talvez um dos maiores agradecimentos vá para todos os meus participantes, em especial todos aqueles que me acolheram com carinho e ternura nas suas casas, nos seus locais de lazer e descanso. Gostaria de ter escrito estas palavras de Madre Teresa e de as ter colocado no bolso de cada um, para que não mais esquecessem a importância que tiveram. Dada a impossibilidade de o ter feito, deixo hoje este excerto, dedicado a todos eles:

“Tem sempre presente que a pele vai ficando enrugada, que o cabelo se torna branco, que os dias se vão convertendo em anos, mas o mais importante não muda! A tua força interior e as tuas convicções não têm idade... Quando, pelos anos, não consigas correr, trota. Quando não puderes trotar, caminha. Quando não puderes caminhar, usa a bengala. Mas nunca te detenhas!”

Madre Teresa de Calcutá

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 04 de junho de 2019

Assinatura: Sara Filipa da Silva Monteiro

### Resumo

O presente estudo pretende compreender a forma como a consciência das mudanças relacionadas com a idade que os indivíduos apresentam se relaciona com o seu bem-estar subjetivo e ainda a influência que a solidão e o estado de saúde apresentam. Os dados foram recolhidos junto de adultos a partir dos 40 anos, na comunidade local, através de questionários *online* e ainda recrutados em diversas instituições, em centros de dia. Foram usadas as medidas *CMRI*, que avalia a consciência das mudanças relacionadas com a idade, o *CASP-13*, que avalia o bem-estar subjetivo, a *UCLA* que pretende avaliar os níveis de solidão e por último, o *IAQdV*, uma medida de avaliação geral da qualidade de vida no domínio da saúde. Verificou-se que as perdas relacionadas com a idade relatadas estão negativamente associadas ao bem-estar, e os ganhos positivamente relacionados com o bem-estar. Níveis elevados de qualidade de vida, no domínio da saúde dos indivíduos está positivamente associado ao bem-estar subjetivo dos sujeitos, bem como a solidão está negativamente associada ao bem-estar e por fim elevados níveis de solidão esta negativamente associada com o estado de saúde dos indivíduos. As diferenças entre os grupos de idades mais novas e mais velho foram significativas.

*Palavras-chave:* bem-estar, ganhos, perdas, saúde, solidão.

**Abstract**

The present study pretends to understand the way how the awareness of age-related changes, that the individuals had, is related to their subjective well-being and the influence that loneliness and health state make. Data was collected in adults from 40 years old, in local community, through online questionnaires and recruited in multiple institutions like day cares. We used CMRI measures, to assess the awareness of age-related changes, the CAPS-13, to evaluate the subjective well-being, UCLA to assess levels of loneliness and the IAQdV, a measure of general quality of life in health. It was found that the losses related to age, that has been reported, are negatively associated with well-being, and the gains are positively related with well-being. Higher levels of life quality in health are positively related to the subjective well-being of participants, as well as loneliness is negatively related to well-being. Lastly, higher levels of loneliness are negatively associated with the health state of individuals. The differences between the young and old age groups were significant.

*Keywords:* gains, health; loneliness; losses; well-being.

## Índice

Mudanças relacionadas com a idade e bem-estar subjetivo: a influência da saúde e da solidão .....	8
Método.....	12
Participantes .....	12
Instrumentos .....	12
Procedimento .....	14
Estratégia da análise de dados.....	15
Resultados .....	15
Validação das Escalas.....	15
Análise descritiva .....	20
Correlações .....	20
Testes de diferenças .....	21
Regressões lineares hierárquicas .....	23
Discussão.....	25
Referências .....	29
Anexo.....	32

## Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Resultados do AARC na matriz de componente rotativa.....</i>	16
Tabela 2. <i>Resultados do CASP-19 na matriz de componente rotativa com a fixação de 4 fatores.....</i>	17
Tabela 3. <i>Resultados do Alpha de Cronbach para as medidas em estudo.....</i>	19
Tabela 4. <i>Análise descritiva das medidas em estudo.....</i>	20
Tabela 5. <i>Correlações entre as variáveis em estudo.....</i>	20
Tabela 6. <i>Análise da Variância (ANOVA) Unifatorial.....</i>	21
Tabela 7. <i>Diferenças ao nível dos Ganhos, Perdas, Casp-13 e IAQdV nos três grupos de idade.....</i>	22
Tabela 8. <i>Regressões lineares hierárquicas.....</i>	23

Mudanças relacionadas com a idade e bem-estar subjetivo: a influência da saúde e da solidão

O conceito de bem-estar, associado à percepção subjetiva de cada indivíduo permite-nos compreender mais sobre os julgamentos, sentimentos e experiências de cada um no que à sua vida diz respeito (Diener & Ryan, 2009). A complexidade deste conceito existe porque tem vindo a ser construído através da inclusão de aspetos objetivos e subjetivos, bem como influências sociais e características individuais de cada um (Ateca-Amestoy & Ugidos, 2011).

Sempre que cada um de nós, avalia de forma subjetiva a sua vida, estas avaliações podem ser positivas ou negativas e incluem a percepção dos indivíduos sobre a sua satisfação com a vida, as reações aos eventos, ao trabalho, aos relacionamentos, à saúde e à forma como atribuem significado e propósito aos vários domínios das suas vidas (Diener & Ryan, 2009).

O mesmo defendia o casal Baltes e Baltes (1990), quando afirmava que apesar de paradoxal, a palavra “envelhecimento” que sugere imagens mais negativas, pode ser conjugada com expressões como “bem-sucedido”, de forma a trazer à tona possibilidades de envelhecimento que envolvem êxito. Este conceito de avaliações positivas e ganhos que podem advir ao longo do envelhecimento será também mais à frente explicado.

Assim, para melhor compreender a qualidade de vida ao longo do envelhecimento, Walker (2005), propôs uma série de indicadores a que deveríamos estar atentos. Os indicadores sociais de qualidade de vida, com as questões relacionadas com a saúde, a funcionalidade física e motora, o estatuto social e económico e estado civil eram alguns deles. Também a satisfação das necessidades humanas, o bem-estar psicológico, os recursos que os indivíduos têm e as estratégias de autonomia, controle e adaptação, parecem ser cruciais neste processo de qualidade de vida e consequentemente de maior bem-estar ao longo do envelhecimento (Walker, 2005).

Embora exista uma sobreposição aparente de alguns fatores de qualidade de vida e alguns constructos de envelhecimento positivo ou bem-sucedido, isso não significa que estes conceitos se substituam ou que se tornem nos mesmos. Isto porque a qualidade de vida parece ser um conceito mais amplo que permite a inclusão de componentes sociológicas, psicológicas, económicas, biomédicas e relacionadas com o meio ambiente (Walker, 2005).

Sendo também o foco desta investigação, a compreensão do bem-estar subjetivo ao longo do envelhecimento, e sendo o bem-estar subjetivo um componente-chave no que à qualidade de vida diz respeito, avaliar esta dimensão, parece crucial para perceber que relatos os indivíduos

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

fazem, uma vez que, as pesquisas tendem a mostrar que os altos níveis de bem-estar subjetivo dos indivíduos são benéficos para o funcionamento efetivo das sociedades (Diener & Ryan, 2009).

Contudo, aliado a este conhecimento da avaliação subjetiva que os indivíduos fazem acerca do seu bem-estar, conhecer melhor, como as pessoas percebem as mudanças que acompanham a sua idade e que estão associadas ao seu envelhecimento parece importante e traz-nos ao conceito proposto por Diehl e Wahl (2010) da consciência das mudanças relacionadas com a idade - "*Awareness of Age-Related Change (AARC)*", que parece ter surgido da necessidade de representar as percepções subjetivas de envelhecimento que os indivíduos têm. Esta consciência das mudanças relacionadas com a idade diz respeito a "todas as experiências que tornam uma pessoa consciente de que seu comportamento, nível de desempenho ou formas de vivenciar sua vida mudaram como consequência do envelhecimento (isto é, aumento da idade cronológica)" (p. 340). Mas poderá este conceito de mudanças relacionadas com a idade apresentar-se como um desafio ao bem-estar? Sobretudo se os indivíduos apenas perceberem as perdas relacionadas com a idade?

As concepções comuns de envelhecimento têm sido marcadas até recentemente pelo modelo do déficit e da perda que sustentava que as mudanças associadas com a idade expressariam apenas declínios e défices (Knight & Satre, 2006). Esta visão que em boa parte assenta no domínio que as ciências médicas ainda têm quando se considera a saúde humana, está a dar lugar a visões mais ecléticas que consideram outras variáveis, como é o caso do conceito de envelhecimento bem-sucedido e que resultam em visões mais otimistas das mudanças que ocorrem associadas à idade. Assim, o construto AARC, sendo multidimensional em termos da valência das auto percepções, foi construído com o intuito de captar, tanto as auto percepções negativas quanto as positivas no que diz respeito a estas mudanças, enfatizando também a importância que os ganhos podem adquirir ao longo do gradual envelhecimento de cada um (Kaspar, Gabrian, Brothers, Wahl, & Diehl, 2018) .

Medir assim a consciência destas mudanças, parece também permitir mostrar a existência de uma relação entre a percepção positiva do envelhecimento e o aumento do bem-estar, bem como ao aumento também dos resultados relacionados com a saúde (Kaspar et al., 2018). Contudo estes estudos que correlacionam consciência das mudanças relacionadas com a idade e bem-estar são ainda preliminares e despoletam assim o interesse nesta temática. Mas afinal, que ganhos relacionados com a idade são estes de que se fala?

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

Existem de facto domínios nos quais há declínio como é o caso do domínio físico, de algumas facetas cognitivas e do envolvimento interpessoal, contudo, domínios como o do conhecimento mostram-se ser uma exceção (Miche et al., 2013).

O balanço entre ganhos e perdas que os indivíduos tendem a fazer nas suas vidas, parece assim ser uma importante variável para que este bem-estar não reduza drasticamente apenas porque envelhecemos (Brothers et al., 2016). Contudo, nem todas as pessoas parecem ser capazes de o fazer, o que leva a que níveis mais elevados de perdas relacionadas com a idade, sejam significativamente relacionadas com níveis inferiores de bem-estar que se podem traduzir por vezes em baixa satisfação geral com a vida e redução do bem-estar eudemónico (Kaspar et al., 2018).

Para além das implicações que a consciência das mudanças parece ter no bem-estar subjetivo, esta relação também parece estar presente quando se fala na saúde dos indivíduos, tal como anteriormente referido. Quanto mais experiências subjetivas de envelhecimento percecionadas como negativas ocorrem nos indivíduos, mais forte parecem estar associadas a um pior estado de saúde (Brothers, Miche, Wahl, & Diehl, 2015).

Para além disso, pior saúde também parece estar associada a menor bem-estar uma vez que não são raras as vezes em que os indivíduos tendem a atribuir a mudança na aparência física e na mobilidade ao envelhecimento, devido à deterioração das estruturas ósseas, das estruturas vitais, dos sistemas sensoriais (como a perda de visão e/ou audição) e ainda do sistema respiratório (Diehl & Wahl, 2010). Da mesma forma, e à medida que a idade aumenta, quanto mais experiências positivas de mudanças relacionadas com a idade maior parece ser a associação a um melhor estado de saúde (Brothers et al., 2015).

Embora a relação do indivíduo com os outros sejam um domínio considerado pelo modelo da consciência das mudanças relacionadas com a idade, ele não está a avaliar a qualidade dessas relações ou o nível de solidão experienciado. Contudo, dada a prevalência da solidão em Portugal em adultos e adultos idosos (Ferreira-Alves e col. 2014) e o seu potencial contributo para explicar a relação entre as mudanças associadas com a idade e o bem-estar subjetivo, será importante ter em consideração esta variável.

Alguns estudos mostram que indivíduos que possuem um número maior de amigos e familiares e portanto um elevado suporte social tendem a ter maior bem-estar subjetivo, (Diener & Ryan, 2009). Contudo nem só de suporte social ou de número de amigos e familiares se pode

afetando a existência ou não de solidão, uma vez que tal como referido as qualidades destas podem, contudo, não serem satisfatórias.

Um estudo de Savikko e colaboradores, realizado em 2005, a solidão mostrou estar mais presente em indivíduos com pior estado de saúde, sujeitos que realizavam poucas atividades ao ar livre ou que precisavam de mais ajuda diária e por último ainda, indivíduos com problemas de visão e audição (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2005). A solidão parece assim estar não só relacionada com um défice no suporte social bem como na perda de questões relacionadas com a autonomia dos indivíduos, a deterioração da saúde e ainda consequentemente a diminuição do bem-estar.

Fonseca, (2005, p.212) no seu livro “Desenvolvimento Humano e Envelhecimento” colocava a seguinte questão: “Será que as pessoas reconhecem, à medida que vão envelhecendo, a ocorrência deste facto objetivo que é a redução das suas capacidades?”. Este estudo terá assim também em conta até que ponto as pessoas se mostram conscientes desse facto e se isso se traduz num maior relato ao longo do envelhecimento de perdas relacionadas com a idade, e consequentemente num pior relato do seu bem-estar subjetivo. A estes conceitos soma-se a importância de estudar fenómenos como a solidão e a qualidade de vida associada às questões da saúde e perceber ainda como todos estes conceitos se interrelacionam e o que nos dizem sobre o gradual processo de envelhecimento. Por sua vez, também a oscilação entre ganhos e perdas, é curiosamente um fator que coloca a dúvida: podem realmente as percepções dos ganhos correlacionarem-se um maior bem-estar subjetivo, mesmo quando e de forma consciente os indivíduos percebem as inevitáveis ocorrências de perdas ao longo do envelhecimento?

O presente estudo, tem como objetivo geral explorar a relação entre a consciência das mudanças relacionadas com a idade e o bem-estar subjetivo, tendo em conta a os níveis de solidão e do estado de saúde. Os objetivos específicos deste estudo são (a) validar do instrumento Awareness of Age-Related Change Questionnaire 10-Item Short Form (AARC-10 SF) (Kaspar et al., 2018) para a população portuguesa; (b) obter dados psicométricos e realizar de análises confirmatórias do instrumento CASP-19 (Hyde, Wiggins, Higgs & Blane, 2003) para a população portuguesa; (c) perceber se os indivíduos relatam mais perdas ou ganhos relacionados com a idade; (d) perceber quais os níveis de bem-estar subjetivo e de solidão que os indivíduos relatam, bem como o seu estado de saúde; (e) explorar a relação entre as variáveis em estudo e por fim, perceber a relação entre o avanço da idade e como se manifestam todas estas variáveis.

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

Tendo em consideração a literatura existente e indo ao encontro dos objetivos do estudo, e como hipóteses, espera-se encontrar que: (e) mais perdas relacionadas com a idade estão negativamente associadas com o bem-estar subjetivo; (f) a saúde esteja positivamente associada com o bem-estar subjetivo; (g) a solidão esteja negativamente associada com o bem-estar subjetivo; (h) a solidão esteja negativamente associada com a qualidade de vida no domínio da saúde; (i) mais ganhos relacionados com a idade esteja positivamente relacionado com o bem-estar subjetivo. As regressões permitirão ainda perceber quais os conceitos utilizados, em função do grupo de idade, que realmente predizem o bem-estar dos participantes

### Método

#### Participantes

O presente estudo utiliza uma amostra de 121 participantes, sendo que 81 (66.9%) são do sexo feminino e 40 (39.1%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 40 e os 95 anos e uma média de idades de 65,41 anos ( $DP= 15,80$ ).

A amostra foi recolhida junto de elementos da comunidade, através de questionário *online*, em lares com valências de centros de deia, e ainda em centros sociais do Distrito do Porto e Braga.

Dos participantes 73 (60,3%) estão casados (as)/união; 27 (22,3%) são viúvos; 48 (39,7%) frequentou apenas o 1º ciclo e 23 (19%) o ensino básico; sobre com quem vivem, 40 (33.1%) responderam com companheiro e 12 (9.9%) referiram viver sozinhos; 79 (65.3%) vivem numa zona.

Foram considerados como critérios de inclusão, os participantes saberem ler e escrever, ter um nível de funcionalidade mínima para participar no estudo, uma vez que este não visa a população clínica, mas sim a comunidade, e ainda não apresentar comprometimento cognitivo, despistado através da utilização do instrumento MMSE.

Os critérios de exclusão, envolveram assim ser analfabeto/iletrado, e possuir algum nível de comprometimento cognitivo, avaliado através do Mini-Mental, sendo esta exclusão realizada depois da recolha.

#### Instrumentos

**Questionário Sociodemográfico.** Este questionário inclui informações como o sexo, idade, habilitações literárias, com quem vive, se vive numa zona rural ou urbana.

**Mini-Mental.** Para avaliar o funcionamento cognitivo dos participantes, foi utilizada a versão Portuguesa de Guerreiro e col. (1994) da original de Folstein et al. (1975). O Mini-Mental, embora desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na componente de avaliação da mudança do

estado cognitivo de utentes geriátricos, tem sido amplamente usado em diversas áreas para a avaliação do funcionamento cognitivo, servindo como um teste de rastreio para declínio cognitivo mas não como ferramenta de diagnóstico de patologias do foro demencial

**Consciência das mudanças relacionadas com a idade (CMRI).** Foi utilizada a versão de investigação Portuguesa da medida Awareness Age Related Changes (AARC; Allyson, 2018), de Monteiro, e col. (2019) por forma a avaliar a consciência das mudanças relacionadas com a idade. No decorrer da investigação, ocorreu a tradução e validação da escala acima referida. Esta escala, avalia a percepção dos indivíduos ao nível de cinco domínios comportamentais que são eles: Funcionamento físico e da saúde, funcionamento cognitivo, relacionamentos interpessoais, Funcionamento sociocognitivo e socio-emocional e por fim, estilo de vida e envolvimento. Todos estes domínios incluem cinco questões de domínio positivo (correspondente a ganhos) e cinco de domínio negativo (correspondente a perdas) no que diz respeito às percepções das mudanças relacionadas com a idade, perfazendo um total de dez itens totais (Kaspar et al., 2018). Todos os itens são cotados numa escala de *Likert* que varia de 1 “Não concordo de todo” a 5 “Concordo completamente”.

**CASP-19.** Para avaliar o bem-estar subjetivo, foi usada a tradução portuguesa de (Ferreira, 2011), da versão original do CASP-19 (Hyde, Wiggins, Higgs & Blane, 2003).

Este instrumento apresenta-se como uma escala de avaliação de 19 itens composta por quatro domínios: controlo, autonomia, autorrealização e prazer, sendo que cada domínio pode conter quatro a cinco itens (Wiggins et al., 2007). Cada item é pontuado numa escala tipo *Lickert* e varia entre “Aplica-se a mim muitas vezes” até “Nunca se aplica a mim”. Valores mais altos representam uma maior qualidade de vida (Hyde, et al, 2003) e os valores podem variar entre 0 (ausência de qualidade de vida) a 57 (total satisfação a nível da qualidade de vida nos quatro domínios apresentados). No que diz respeito à consistência interna da escala portuguesa, esta apresenta um *alfa de Cronbach* de .89, evidenciando uma boa consistência interna. Apesar de originalmente utilizada e validada numa população representativa dos Estados Unidos dos 65 aos 75 anos, ela pode ser usada noutras faixas etárias e em diferentes contextos (Sim, Bartlam, & Bernard, 2011).

**UCLA.** De forma a avaliar a solidão, irá ser usada a versão portuguesa de Neto (1989,1992) do instrumento original de Russell, Peplau, & Cutrona (1980). Esta escala é composta por 18 itens, nove dos quais possuem uma cotação inversa. No questionário os indivíduos deverão cotar numa escala de 1 (“Nunca”) a 4 (“Muitas vezes”) como se posiciona

perante os diversos itens, e de forma a que essa posição reflita os seus sentimentos. A pontuação dos indivíduos varia entre 18 e 72, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais elevados de solidão (Neto, 1989, 1992).

**IAQdV.** De forma a avaliar a qualidade de vida relatada pelos participantes, irá ser usada a versão portuguesa de Fonseca e colaboradores (2009) de um instrumento australiano de avaliação da qualidade de vida, o The Assessment of Quality of Life Instrument (AQoL) da autoria de Graeme Hawthorne, Jeff Richardson, Richard Osborne e Helen McNeil (Hawthorne, Richardson & McNeil, (1997). Este instrumento apresenta-se como uma escala de avaliação de 15 itens distribuídos por cinco categorias. Cada item é cotado numa escala de zero a três, sendo que a alternativa A corresponde ao zero e a alternativa D corresponde a três. Quanto mais baixa a pontuação, melhor a avaliação da qualidade de vida, sendo que isto se aplica quer aos fatores, quer em termos globais. A qualidade de vida global, pretendida neste estudo, é obtida segundo os autores pela soma das pontuações obtidas em cada item.

### **Procedimento**

Inicialmente, foi redigido o pedido de aprovação do projeto para a Comissão de Ética da Universidade do Minho, que recebeu aprovação (ver anexo). Em seguida, foram realizados os contactos com as instituições, previamente selecionadas, para a recolha de dados por conveniência.

Foram também recolhidos questionários a participantes da comunidade e foi-lhes pedido que divulgassem com os seus conhecidos o estudo e que os incentivassem a participar no mesmo, permitindo assim que a palavra fosse passada a outros participantes através do método *snowball*.

Após o consentimento informado, aos indivíduos com mais de 65 anos foi administrado o MMSE, tendo sido apenas aplicado a esta faixa etária, uma vez que se acredita que é esta a idade que delimita a população idosa (geriátrica) na qual a prevalência de défices cognitivos tem uma ocorrência significativamente superior.

Todos os indivíduos procederam ao preenchimento dos cinco instrumentos usados no estudo, pela seguinte ordem: Questionário sociodemográfico; AARC-10 (validação portuguesa – CMRI); CASP-19; UCLA; IAQdV. O tempo médio de aplicação variou entre 40 a 60 minutos.

As medidas anteriormente descritas foram também colocadas em formato de questionário *online* elaborado na plataforma *Qualtrics* como forma de chegar até utilizadores mais novos. Este questionário foi divulgado através de várias plataformas *online*, nomeadamente através do *Facebook*, do *WhatsApp* e do *Outlook*.

Foi na fase de análise de dados que a cotação do MINI-MENTAL foi tida em conta e apenas os protocolos de pessoas com saúde cognitiva foram utilizados nas análises estatísticas, sendo que, contudo, nenhum participante foi excluído.

### **Estratégia da análise de dados**

No que diz respeito ao procedimento das análises estatísticas, estas foram realizadas através do programa estatístico IBM SPSS, versão 25.0. Efetuaram-se três tipos de análises: descritiva, testes de associação e regressão de modo a testar as hipóteses anteriormente referidas.

Para a validação das escalas: CMRI e CASP-13 foram também realizadas as análises da sensibilidade, da validade de constructo e de fidelidade.

Após a realização das análises descritivas que tiveram como objetivo revelar os resultados dos dados sociodemográficos e as prevalências de cada uma das medidas, foram também realizados testes de associação onde não se verificou os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. Contudo, tendo uma amostra superior a 30, e tendo também em conta que após testar os pressupostos e ver que algumas das medidas não cumpriam a normalidade, quer através da assimetria e curtose, quer através dos testes de *Kolmogorov*, fiz os dois Coeficientes de Correlações de *Pearson* e *Spearman*. Uma vez que não foram encontradas diferenças nas significâncias destes dois testes, relatei o Coeficiente de Correlação de Pearson ao longo dos resultados e dos testes de diferenças, tal como recomendado por Fife-Schaw (2006) (como citado em Martins, 2011).

As regressões lineares hierárquicas tiveram o método “enter” e a amostra foi dividida pelos grupos de idades utilizadas no estudo de validação da escala AARC (Brothers, Gabrian, Wahl, & Diehl, 2018). A variável de *outcome* foi o score da CASP-13. No primeiro passo, introduziram-se os scores dos ganhos e das perdas; no segundo passo inseriu-se o score da UCLA e no terceiro passo o score do IAQdV. Foi verificada a existência de *outliers* e de casos de influência (através dos resíduos estandardizados e da distância de Cook) (Field, 2009). Do mesmo modo, foi verificada a independência dos erros (através do *Durbin-Watson*), a normalidade da distribuição dos resíduos (através de gráficos), a não multicolinearidade (através do Variance Inflation Factor) e a não heteroscedeadade (através de gráfico) (Field, 2009).

## **Resultados**

Os resultados encontram-se organizados em 5 partes: Validação das escalas; Análise descritiva; Correlações; Testes de diferenças e Regressões lineares hierárquicas.

### **Validação das Escalas**

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

### *Análise da Sensibilidade*

Para determinar a sensibilidade dos resultados realizou-se uma análise de frequências para os itens individuais de modo a averiguar se todas as categorias de resposta estavam representadas na amostra. Em ambos os questionários e nos vários domínios não existiu nenhum item crítico.

### *Análise da validade de constructo*

Realizou-se uma análise fatorial de componentes principais com rotação Varimax, onde se determinou ser possível proceder a uma análise dos componentes principais através do teste de esfericidade de Bartlett ( $p < .001$  para ambas as escalas) e do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (Questionário da Consciência das Mudanças Relacionadas com a Idade (CMRI): 0,73; Questionário do Bem-estar subjetivo (CASP): 0,83)

### *Questionário da Consciência das Mudanças Relacionadas com a Idade (CMRI)*

A AFC extraiu três fatores explicativos de 60,86% da variância. O fator 1, o fator 2 e o fator 3 explicam, respetivamente 32,31%, 17,27% e 11,28% da variância. Contudo, uma vez que a versão original da escala apresenta dois fatores e atendendo aos pressupostos teóricos que estão na base da organização da escala, forçou-se a análise fatorial a extrair o mesmo número de fatores, resultando em dois fatores que explicam 49,58% da variância. O fator 1 explica agora 32,31% da variância e integra todos os itens de PERDAS relacionados com a idade (itens pares). O fator 2 explica 17,27% da variância e integra todos os itens de GANHOS relacionadas com a idade (itens ímpares).

A Tabela 1 apresenta os valores de saturação para a estrutura de dois fatores. Todos os itens têm saturação, em pelo menos um fator,  $\geq 0,41$ .

Tabela 1

*Resultados do AARC na matriz de componente rotativa.*

	Perdas	Ganhos
Com o avançar da idade, apercebo-me que:		
1. ...aprecio muito mais as relações e as pessoas.	-.202	<b>.643</b>
2. ... a minha capacidade mental está a diminuir.	<b>.411</b>	-.035
3. ... presto mais atenção à minha saúde.	.359	<b>.611</b>
4. ... tenho que limitar as minhas atividades.	<b>.806</b>	-.222

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

5. ... tenho mais experiência e conhecimento para avaliar as coisas e as pessoas.	-.141	<b>.739</b>
6. ... tenho menos energia.	<b>.795</b>	-.036
7. ... tenho uma melhor noção daquilo que é importante para mim.	-.171	<b>.751</b>
8. ... sinto-me mais dependente da ajuda dos outros.	<b>.786</b>	-.177
9. ... tenho mais liberdade para viver os meus dias como quero.	-.221	<b>.477</b>
10. ... é mais difícil eu conseguir motivar-me.	<b>.622</b>	-.166
<i>Eigenvalues</i>	3.23	1.73
Variância explicada	32.31%	17.27%

### *Questionário do Bem-estar subjetivo nos domínios do Controle, Autonomia, Autorrealização e Prazer (CASP)*

Através da AFC foram extraídos cinco fatores explicativos de 62,76% da variância. Contudo, uma vez que a versão original da escala apresenta quatro fatores e atendendo aos pressupostos teóricos que estão na base da organização da escala, forçou-se a análise fatorial a extrair o mesmo número de fatores, resultando em quatro fatores que explicam 57,32% da variância. Assim, o fator 1, o fator 2, o fator 3 e o fator 4 explicam, respetivamente, 32,27%, 11,44%, 7,12% e 6,49% da variância.

A Tabela 2 apresenta os valores de saturação para a estrutura de quatro fatores. Todos os itens têm saturação, em pelo menos um fator,  $\geq 0,288$ .

Tabela 2

*Resultados do CASP-19 na matriz de componente rotativa com a fixação de 4 fatores.*

	Controlo	Autorrealização	Autonomia	Prazer
1. A minha idade impede-me de fazer as coisas que eu gostaria de fazer. (R)	<b>.646</b>	.027	.321	-.040
2. Sinto que o que acontece comigo está fora do meu controlo. (R)	<b>.726</b>	.025	.150	.015
3. Sinto-me livre para planear o futuro.	<b>.431</b>	.194	.483	.061
4. Sinto-me à parte das coisas. (R)	.206	.175	<b>.472</b>	-.004
5. Eu posso fazer as coisas que quero.	.283	.080	<b>.651</b>	.226

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

6. As responsabilidades familiares impedem-me de fazer as coisas que quero. (R)	-.157	-.143	.645	-.266
7. O que eu faço agrada-me a mim mesmo.	.393	.384	<b>.537</b>	-.008
8. O meu estado de saúde impede-me de fazer as coisas que eu quero. (R)	<b>.699</b>	.031	.206	-.075
9. A falta de dinheiro impede-me de fazer as coisas que eu quero. (R)	-.135	.322	.147	-.751
10. Eu anseio por cada dia.	-.618	.268	.079	.495
11. Eu sinto que a minha vida tem sentido ou significado.	-.175	<b>.624</b>	.311	.365
12. Eu gosto das coisas que faço.	.324	.354	.591	<b>.291</b>
13. Gosto de estar na companhia das pessoas.	.272	.256	.180	<b>.362</b>
14. Em suma, eu olho para trás na minha vida com um sentimento de felicidade.	.140	<b>.805</b>	.101	-.063
15. Sinto-me cheio(a) de energia nos dias de hoje/no presente/atualmente.	.787	.270	.196	.105
16. Escolho fazer coisas que nunca fiz antes.	.571	.046	.167	<b>.288</b>
17. Sinto-me satisfeito(a) com a forma como a vida resultou.	.209	<b>.797</b>	.067	-.144
18. Sinto que a vida está cheia de oportunidades.	.759	.170	.029	.183
19. Sinto que o futuro será bom para mim.	.687	.400	.110	.165
<i>Eigenvalues</i>	6.13	2.17	1.35	1.23
Variância explicada	32.27%	11.44%	7.12%	6.49%

*Nota.* R = itens cotados de forma inversa.

Os itens 6, 9, 10, 15, 18 e 19 saturavam num fator mas teoricamente não faziam sentido serem enquadrados nesse domínio, tendo, portanto, que ser eliminados.

Resultados semelhantes foram encontrados por Kim e colaboradores (2014) que obtiveram bons dados psicométricos aquando da validação do mesmo instrumento, resultando num CASP-12 utilizando uma amostra populacional de adultos idosos de grande dimensão no estudo *HAPIEE (Health, Alcohol, and Psychosocial factors In Eastern Europe)*.

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

Também um outro estudo no Reino Unido, Wiggins et al. (2007) mostrou que usando o modelo dos quatro fatores originais da CASP-19, ainda que reduzindo os itens para 12, foi possível obter um bom ajuste aos dados, tendo sido usados dados provenientes de amostras dos estudos de *BHPS* e da *ELSA*.

### *Teste dos Modelos teóricos*

#### *CMRI*

A AFC do Questionário da Consciência das Mudanças Relacionadas com a Idade revelou um bom ajuste do modelo aos dados (CFI = .89;  $\chi^2 = 65.81$ ; RMSEA = .08).

#### *CASP-13*

No caso da CASP-13, foi testado o modelo que proveio da análise exploratória que engloba apenas os 13 itens, mantendo os quatro domínios da escala original. A AFC do CASP-13 revelou também, um bom ajuste do modelo aos dados (CFI = .95;  $\chi^2 = 79.62$ ; RMSEA = .05).

### *Análise da Fidelidade.*

Em termos de fidelidade, o cálculo do *Alpha de Cronbach* relevou os valores de consistência interna apresentados na tabela 3.

Tabela 3

*Resultados do Alpha de Cronbach para as medidas em estudo.*

	<i>Alpha de Cronbach</i>	Número de itens	Alpha das escalas originais
Domínios do Casp-13			
Controlo	.75	4	
Auto-Realização	.71	3	
Autonomia	.59	3	
Prazer	.51	3	
Total Casp-13	.84	13	
Domínios da CMRI-10			
Ganhos	.64	5	.91
Perdas	.76	5	.88
UCLA	.87	18	.90
IAQdV	.88	15	.79

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

Os valores de Alpha de Cronbach mostram que podemos confiar na consistência interna das escalas e subescalas. Apenas o valor da subescala prazer e autonomia merecem alguma atenção, (atenção essa que não deve ser impeditiva do seu uso).

### Análise descritiva

As características descritivas dos scores dos instrumentos estão redigidas na Tabela 4.

Tabela 4

*Análise descritiva das medidas em estudo.*

	<i>Média</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Assimetria
AARC					
Ganhos	17.07	3.66	7	25	-.13
Perdas	12.64	4.74	5	25	.22
CASP-13	26.33	6.85	9	39	-.31
Controlo	6.36	3.41	0	12	-.28
Autorrealização	7.32	1.60	2	9	-.85
Autonomia	6.50	2.00	1	9	-.62
Prazer	6.14	1.70	1	9	-.37
UCLA	37.86	8.61	18	61	.04
IAQdV	11.81	8.49	0	33	.65

A média dos ganhos relacionados com a idade ( $M = 17.07$ ,  $DP = 3.66$ ) é superior à média das perdas ( $M = 12.64$ ,  $DP = 4.74$ ). No que diz respeito ao bem-estar subjetivo (CASP-13), os participantes relataram uma média superior no domínio da autorrealização ( $M = 7.32$ ,  $DP = 1.60$ ).

### Correlações

Tabela 5

*Correlações entre as variáveis em estudo.*

	Idade	Ganhos	Perdas	Casp-13	UCLA	IAQdV
Idade	1					
Ganhos	-.376***	1				
Perdas	.535***	-.337***	1			
CASP-13	-.447***	.445***	-.721***	1		
UCLA	.264**	-.324***	.460***	-.622***	1	
IAQdV	.653***	-.435***	.748***	-.741***	.489***	1

*Nota.* Significância: \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

Todas as variáveis estão correlacionadas entre si, sendo todas estas correlações muito significativas. A força da correlação varia, sendo que a mais forte parece mesmo ocorrer quando os participantes relatam uma maior percepção de perdas relacionadas com a idade e apresentam maior o score do IAQdV, ou seja, uma pior qualidade de vida relacionada com a saúde ( $r = .748$ ,  $p < .001$ ). Também, quanto maior a solidão, menor o bem-estar ( $r = -.622$ ,  $p < .001$ ), e quanto maior os níveis de solidão, pior o estado de saúde dos participantes ( $r = .489$ ,  $p < .001$ ).

As pessoas que relatam mais ganhos, são também mais novas ( $r = -.376$ ,  $p < .001$ ), relatam menos perdas relacionadas com a idade ( $r = -.337$ ,  $p < .001$ ), têm maior bem-estar ( $r = .445$ ,  $p < .001$ ), relatam menos solidão ( $r = -.324$ ,  $p < .001$ ), e têm um melhor estado de saúde ( $r = -.435$ ,  $p < .001$ ).

As pessoas que relatam mais perdas por sua vez, são mais velhas ( $r = .535$ ,  $p < .001$ ), relatam mais solidão, ( $r = .460$ ,  $p < .001$ ), têm um menor bem estar ( $r = -.721$ ,  $p < .001$ ), e um pior estado de saúde ( $r = .748$ ,  $p < .001$ ).

### Testes de diferenças

#### *Idade*

Há diferenças significativas entre os grupos de idade em relação aos níveis de solidão relatados,  $F(2,118) = 3.70$ ,  $p = .028$ .

*Tabela 6*

Análise da Variância (ANOVA) Unifatorial.

	<b>Grupo 0</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	
	40 – 69 anos	70 – 79 anos	+ 80 anos	
	(n=68)	(n=18)	(n=35)	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>F (2,118)</i>
<b>UCLA</b>	36.10 (7.80)	38.83 (11.20)	40.77 (7.96)	3.70*

Nota. Significância: \* $p < .05$ .

O Teste Post-Hoc de Gabriel revelou que os participantes mais novos, dos 40 aos 69 anos, relatam menos solidão em comparação com os participantes mais velhos, com mais de 80 anos, não tendo sido encontradas outras diferenças significativas.

Há ainda diferenças significativas ao nível dos grupos da idade no que diz respeito às percepções de ganhos relacionados com a idade,  $H(2) = 16.61$ ,  $p < .001$ ; em relação às percepções

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

de perdas relacionadas com a idade,  $H(2) = 25.34$ ,  $p < .001$ ; em relação ao bem-estar subjetivo relatado pelos participantes,  $H(2) = 18.55$ ,  $p < .001$  e ainda ao nível da qualidade de vida, no domínio da saúde, relatada pelos participantes,  $H(2) = 45.96$ ,  $p < .001$  (Tabela 7).

Tabela 7

*Diferenças ao nível dos Ganhos, Perdas, Casp-13 e IAQdV nos três grupos de idade.*

	<b>Grupo 0</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	
	40 – 69 anos	70 – 79 anos	+ 80 anos	
	(n=68)	(n=18)	(n=35)	
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>H(2)</i>
<b>Ganhos</b>	72.08	53.39	43.39	16.61***
<b>Perdas</b>	47.39	69.33	83.16	25.34***
<b>Casp-13</b>	72.67	53.72	42.07	18.55***
<b>IAQdV</b>	42.12	79.00	88.45	45.96***

Nota. Significância: \*\*\* $p < .001$ .

Testes de Mann-Whitney evidenciaram diferenças significativas ao nível das percepções dos ganhos relacionados com a idade, entre o grupo dos os participantes mais novos, dos 40 aos 69 anos em comparação com o grupo dos participantes mais velhos, com mais de 80 anos,  $U = 614.5$ ,  $p < .001$ . Foram ainda encontradas diferenças significativas ao nível das percepções de perdas relacionadas com a idade,  $U = 479.50$ ,  $p < .001$  e ao nível do relato do bem-estar subjetivo dos participantes,  $U = 590.00$ ,  $p < .001$  entre os mesmos grupos.

Os testes de Mann-Whitney evidenciaram ainda diferenças significativas ao nível da qualidade de vida no domínio da saúde, entre o grupo dos participantes mais novos, dos 40 aos 69 anos em comparação com o grupo dos participantes mais velhos, com mais de 80 anos,  $U = 294.00$ ,  $p < .001$ , bem como entre o grupo dos participantes mais novos e o grupo dos participantes intermédios, dos 70 aos 79 anos,  $U = 224.00$ ,  $p < .001$ . Não foram encontradas outras diferenças significativas.

### *Sexo*

Não há diferenças significativas entre os sexos no que diz respeito à percepção de ganhos relacionados com a idade,  $t(119) = -.49$ ,  $p = .623$ , no que diz respeito aos níveis de solidão reportados,  $t(119) = -.69$ ,  $p = .494$ , no que diz respeito à percepção de perdas relacionadas com a idade,  $U = 1279.00$ ,  $p = .060$ , no que no que diz respeito ao bem-estar subjetivo relatado pelos

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

participantes,  $U = 1405.50$ ,  $p = .237$  e ainda no que diz respeito à qualidade de vida no domínio da saúde,  $U = 1364.00$ ,  $p = .158$ .

### Regressões lineares hierárquicas

Foi utilizada a regressão linear múltipla para verificar se as perdas relacionadas com a idade, os ganhos, a solidão e a qualidade de vida no domínio da saúde são capazes de prever o score da CASP-13, ou seja, o bem-estar subjetivo dos participantes. A análise resultou em modelos estatisticamente significativos para todos os grupos de idade. Assim, para o grupo de idade dos 40-69 anos o modelo explica 69% da variância do bem-estar. Para o grupo dos 70-79 anos explica 74% da variância e para o grupo com mais de 80 anos explica 66% da variância do bem-estar. Podem-se ver mais dados na tabela 8.

Tabela 8

*Regressões lineares hierárquicas.*

	$R^2$	$F$	$\Delta R^2$	$F$ change	$\beta$	$t$
Grupo (40-69)						
Step 1	.53	36.22***	.53	36.22***		
					.23	2.65*
					-.68	-7.92***
Step 2	.63	36.35***	.1	17.84***		
					.17	2.17*
					-.53	-6.31***
					-.36	-4.22***
Step 3	.69	34.58***	.06	11.46**		
					.1	1.34
					-.37	-4**
					-.3	-3.77***
					-.32	-3.38***
Grupo (70-79)						
Step 1	.58	10.34**	.58	10.34**		
					.58	3.36**
					-.38	-2.18

BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

<i>Step 2</i>		.59	6.76**	.01	0.41		
	Ganhos					.5	2.26*
	Perdas					-.3	-1.39
	UCLA					-.17	-0.64
<i>Step 3</i>		.74	9.27**	.15	7.46*		
	Ganhos					.5	2.75*
	Perdas					.1	0.35
	UCLA					.06	0.27
	IAQDV					-.67	-2.73*
Grupo (+80)							
<i>Step 1</i>		.54	18.81***	.54	18.81***		
	Ganhos					.09	0.67
	Perdas					-.69	-4.99***
<i>Step 2</i>		.66	19.65***	.12	10.34**		
	Ganhos					.06	0.5
	Perdas					-.62	-5.05***
	UCLA					-.35	-3.23**
<i>Step 3</i>		.66	14.53***	.00	.36		
	Ganhos					.06	0.46
	Perdas					-.54	-2.91**
	UCLA					-.34	-2.98**
	IAQDV					-.11	-0.6

Nota. Significância: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

Analisando de perto os resultado do modelo, constata-se que no grupo dos 40-69 anos, as perdas ( $\beta = -.37$ ;  $t = -4$ ;  $p < .001$ ), a UCLA ( $\beta = -.3$ ;  $t = -3.77$ ;  $p < .001$ ) e o IAQdv ( $\beta = -.32$ ;  $t = -3.38$ ;  $p = .001$ ) são preditores do bem-estar subjetivo. Neste modelo e neste grupo de idade os ganhos não predizem o bem-estar.

No grupo dos 70-79 anos, apenas os ganhos ( $\beta = .5$ ;  $t = 2.75$ ;  $p = .017$ ) e o IAQdv ( $\beta = -.67$ ;  $t = -2.73$ ;  $p = .017$ ) são preditores do bem-estar subjetivo.

No grupo com mais de 80 anos apenas as perdas ( $\beta = -.54$ ;  $t = -2.91$ ;  $p = .007$ ) e a UCLA ( $\beta = -.34$ ;  $t = -2.98$ ;  $p = .006$ ) são preditores do bem-estar subjetivo, ou seja, os ganhos não se apresentam como significativos.

### Discussão

Ao longo da discussão, serão abordados os objetivos pela ordem indicada anteriormente. Em primeiro lugar, um dos resultados mais importantes deste trabalho é a disponibilização à comunidade científica de duas novas medidas, a CMRI - que permite olhar para as mudanças relacionadas com a idade através de processos de ganhos e perdas – e o CASP13 – que permite avaliar o bem-estar assente numa perspectiva de desenvolvimento e mais especificamente de satisfação de necessidades humanas. Os resultados encontrados e a confirmação da mesma estrutura fatorial original, permitem o seu uso com confiança (Kaspar et al., 2018; Hyde, et al, 2003). Ao mesmo tempo, consideramos que a replicação deste estudo ou uma atenção à estrutura interna das escalas e à consistência interna das suas subescalas em novas utilizações, será muito vantajosa.

Apesar de não serem raros os autores que defendem a ideia de que o “segredo” para uma vida longa, é a capacidade de manter a perceção de controlo sobre os eventos importantes da vida (Bailis & Chipperfield, 2002). Nos resultados deste estudo, contudo, não foi o controlo o domínio do bem-estar subjetivo o mais relatado em média, mas sim o domínio da autorrealização.

Foi ainda possível constatar e indo ao encontro da literatura existente, indivíduos tendem a relatar cada vez mais perdas relacionadas com a idade, ao invés de ganhos, sendo esta correlação significativa. Isto vai de encontro aos vários estudos existentes que demonstram que o envelhecimento se apresenta como um gradual e inevitável processo onde as perdas adquirem mais ênfase e assim, os indivíduos à medida que envelhecem relatam mais perdas relacionadas com a idade (Brothers et al., 2015) e menos ganhos (Baltes, 1999).

Tendo em conta os grupos de idade considerados, e no que há solidão diz respeito, as diferenças significativas ocorreram entre o grupo mais novo e o mais velho, com o mais novo a relatar menos solidão em comparação com o mais velho.

Em média, os participantes mais novos relataram também mais ganhos relacionados com a idade, menos perdas relacionadas com a idade, maior bem-estar subjetivo e uma melhor qualidade de vida nos domínios da saúde. Em contrapartida os participantes mais velhos relataram a ocorrência de menos ganhos, mais perdas, níveis inferiores de bem-estar subjetivo e ainda uma pior qualidade de vida nos domínios da saúde. Isto vai de encontro aos estudos que têm vindo a

ser realizados e que mostram que à medida que envelhecemos, tendemos a relatar um pior estado de saúde e mais perdas relacionadas com a idade (Brothers et al., 2015). Contudo Brothers e colaboradores (2015), encontraram uma outra evidência interessante no seu estudo que não vai de encontro aos encontrados neste. Essa evidência é a de que, à medida que os participantes ficavam mais velhos, e contrariamente ao expectável eles relatavam de forma significativa maior satisfação com a vida. É um facto que este estudo não teve nenhuma medida de satisfação com a vida, mas sim de bem-estar subjetivo daí que seja importante compreender a diferença entre esses dois conceitos. Essencialmente porque o CASP apresenta-se como uma medida baseada numa teoria de desenvolvimento, baseada na ideia da satisfação das necessidades, sendo elas o controlo sobre a sua vida, a autonomia, a autorrealização e o prazer.

Sobre a relação entre as variáveis, as nossas hipóteses confirmaram-se: um maior relato de perdas relacionadas com a idade associou-se negativamente com o bem-estar subjetivo; a saúde revelou-se positivamente associada com o bem-estar subjetivo; a solidão mostrou-se negativamente associada com o bem-estar subjetivo e com a qualidade de vida no domínio da saúde e, ainda, mais ganhos relacionados com a idade estiveram positivamente relacionados com o bem-estar subjetivo.

Tal como referia Freund e Riediger (2006), como citado em Gabrian, Dutt, & Wahl, (2017), a consciência do futuro que cada indivíduo cria parece servir para ajudar a organizar o seu comportamento ao longo do tempo e entre as situações e fornecer ainda um sentido de direcção, coerência e propósito na vida. Assim, a orientação das metas tende a mudar ao longo da vida adulta, sendo que o foco que incide sobre os ganhos e as conquistas, parece dar lugar à ideia de manutenção e prevenção de perdas (Brandtstädter, & Rothermund, 2002).

Poderão estes conceitos do foco na ideia de manutenção e prevenção de perdas e ainda a ideia da flexibilidade cognitiva explicar o bem-estar? Os resultados obtidos na análise de regressão, no grupo dos 70-79 anos demonstrou que apenas a percepção dos ganhos relacionados com a idade e a qualidade de vida no domínio da saúde eram preditores significativos do bem-estar subjetivo, deixando curiosamente de fora a variável solidão. Assim, será o foco sobre a ideia de manutenção dos ganhos e da prevenção das perdas que manterá estes indivíduos longe da solidão, e daí esta não interferir no seu bem-estar? Poderá ainda a teoria SOC (Seleção, Otimização e Compensação), (Baltes & Baltes, 1991) como um construto de desenvolvimento, conseguir explicar, o grande investimento desta faixa na optimização dos seus recursos e a gradual compensação, ao invés de se renderem apenas à consciencialização das perdas e à solidão?

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

Por sua vez, contudo, em faixas etárias mais novas dos 40-69 anos, a solidão surge como tendo poder preditivo do bem-estar. Neste grupo de idade, a percepção das perdas relacionadas com a idade, a solidão e a qualidade de vida no domínio da saúde são preditores do bem-estar subjetivo, ficando apenas excluído da equação os ganhos relacionados com a idade. Levanta-se aqui, curiosamente a questão do porquê de indivíduos tão novos deixarem que conceitos tão negativos e tantas vezes associados à velhice, como é o caso das perdas e da solidão ganhem expressão. Poderá efetivamente ser explicado por ser uma idade onde ocorrem as primeiras sensações de deterioração da saúde, de perdas mais físicas e por se começarem a sentir a envelhecer? Parece assim, que quando os fatores preditores acima mencionados, estão presentes a níveis mínimos ou são imperceptíveis, o indivíduo apresentará elevado bem-estar subjetivo, ou seja, é a ausência desses fatores negativos que prediz o bem estar mais do que a presença de ganhos neste grupo de idade.

Na faixa etária mais velha, contemplada por este estudo, o grupo de idade (+80 anos) revelou que apenas as perdas relacionadas com a idade e a solidão são variáveis preditoras do bem-estar subjetivo. O porquê de a qualidade de vida no domínio da saúde ser deixada de fora, levanta curiosidade e a justificação pode estar presente num amplo estudo realizado por Baltes e Mayer (1999), onde estes demonstraram a existência de uma capacidade notável que as pessoas têm de regular o impacto subjetivo que as perdas relacionadas com a saúde têm nas suas vidas. É ainda nesta faixa etária, que, segundo os autores, é possível verificar também uma maior discrepância entre as avaliações subjetivas que os sujeitos realizam acerca da sua saúde e o seu estado efetivo de saúde, demonstrando assim, uma capacidade psicológica dos indivíduos para transformar a realidade, mesmo à medida que envelhecem. A significância da solidão, parece mostrar-nos a importância do suporte dos outros e do quanto as relações são importantes no bem-estar de adultos idosos.

O facto de apenas num grupo de idade se verificar que os ganhos predizem o bem-estar pode dever-se aos pontos de corte que usamos para definir diferentes idades. Porventura se estendêssemos o segundo grupo para as idades entre os 70 e os 85, talvez se pudessem encontrar resultados distintos. De todo o modo, o dado encontrado não deixar de conter algum significado para o que ocorre entre aquelas idades.

Finalmente importa dizer que os ganhos não se constituindo como variável preditora do bem-estar nas populações mais jovens e nas mais idosas, coloca em causa a maneira como o conceito de ganhos tem sido olhado e está a ser medido. Assim, este estudo parece apontar para

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

a necessidade de maior elaboração teórica do conceito de ganhos relacionados com a idade, bem como o seu estudo mais extenso. Parece ainda ser cada vez mais importante uma educação acerca do envelhecimento, e contactos/ experiências positivas individualizadas com adultos idosos, por forma a contribuir para uma redução dos estereótipos negativos associados ao envelhecimento, à discriminação e conseqüentemente ao *ageism* (Levy,2016).

No que às limitações diz respeito, é importante enfatizar o facto de o presente estudo, ter usado uma amostra de conveniência sem qualquer esforço de representatividade da população com mais de 40 anos. O número reduzido de participantes, em comparação com os estudos originais de validações das escalas, por exemplo, também é apresentado como uma limitação, sendo possível que alguns dos resultados estivessem sujeitos a variações, essencialmente no que diz respeito às diferenças entre os sexos. A somar a estas limitações, é possível também concluir que os instrumentos de autorrelato têm as suas próprias limitações, não só pela interpretação dos próprios participantes, mas por, em algumas situações serem suscetíveis de possíveis interpretações erradas dos itens. Daí que seja importante, mais clareza e simplicidade na formulação dos itens, bem como um crescente rigor nos testes de validade das medidas.

Uma outra limitação diz respeito ao facto de os utentes de centros de dia que foram participantes deste estudo em grande número poderem ter contribuído com algum viés para os resultados. Isto porque se apresentavam em condições mais fragilizadas do ponto de vista emocional, psicológico e ainda mais debilitados sobre o ponto de vista da saúde em comparação com os outros. Contudo não houve uma divisão da amostra entre estes participantes e os restantes que permita efetivamente aferir que isto aconteceu.

Em suma, tendo sido o conceito de mudanças relacionadas com a idade um motor inicial para o início e desenvolvimento deste trabalho, surpreende-nos que o conceito de ganhos associados à idade não tivesse servido para demonstrar a necessidade de olharmos mais para ele, como sustentam algumas propostas teóricas. Este estudo não tendo constatado que os ganhos associados à idade podem ser preditores de bem-estar, que utilidade lhe podemos dar? É com essa interrogação que se sugere a necessidade de mais teoria psicológica sobre ganhos associados à idade.

Referências

- Ateca-Amestoy, V., & Ugidos, A. (2011). The Impact of Different Types of Resource Transfers on Individual Wellbeing: An Analysis of Quality of Life Using CASP-12. *Social Indicators Research*, 110(3), 973–991. doi:10.1007/s11205-011-9968-5.
- Bailis, D. S., & Chipperfield, J. G. (2002). Compensating for Losses in Perceived Personal Control Over Health: A Role for Collective Self-Esteem in Healthy Aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), P531–P539. doi:10.1093/geronb/57.6.p531
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (Eds.). (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York, NY, US: Cambridge University Press
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1991). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful Aging*, 1–34. doi:10.1017/cbo9780511665684.003
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The Life-Course Dynamics of Goal Pursuit and Goal Adjustment: A Two-Process Framework. *Developmental Review*, 22(1), 117–150. doi:10.1006/drev.2001.0539
- Brothers, A., Gabrian, M., Wahl, H., & Diehl, M. (2016). Future Time Perspective and Awareness of Age-Related Change : Examining Their Role in Predicting Psychological Well-Being. *Psychology and Aging*, 31(6), 605–617.
- Brothers, A., Gabrian, M., Wahl, H., & Diehl, M. (2018). A New Multidimensional Questionnaire to Assess Awareness of Age-Related Change (AARC). *The Gerontologist*, 59(3), e141–e151. doi:10.1093/geront/gny006
- Brothers, A., Miche, M., Wahl, H. W., & Diehl, M. (2015). Examination of Associations Among Three Distinct Subjective Aging Constructs and Their Relevance for Predicting Developmental Correlates. *Journals of Gerontology; Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(4), 547–560. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv085>
- Diehl, M. K., & Wahl, H.-W. (2010). Awareness of Age-Related Change: Examination of a (Mostly) Unexplored Concept. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 65 B(3), 340–350. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp110>
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective Well-Being: A General Overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391–406. <https://doi.org/10.1177/008124630903900402>
- Ferreira, M. J. P. (2011). A qualidade da experiência subjectiva e o envelhecimento : relações com

## BEM-ESTAR SUBJETIVO E MUDANÇAS

- o bem-estar e solidão. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3.ªEd.). London: SAGE.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State Examination. PsycTESTS Dataset. doi:10.1037/t07757-000
- Fonseca, A. M. (2005). Desenvolvimento humano e envelhecimento. Lisboa, Climepsi Editores, 211-212.
- Gabrian, M., Dutt, A. J., & Wahl, H.-W. (2017). Subjective Time Perceptions and Aging Well: A Review of Concepts and Empirical Research - A Mini-Review. *Gerontology*, 63(4), 350–358. doi:10.1159/000470906
- Guerreiro M, Fonseca S, Barreto J, Garcia C. *Escala de avaliação da Doença de Alzheimer. In: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências*, editor. Escalas e testes na demência. 2nd ed. Lisboa: GEECD; 2008. p.41-58.
- Hawthorne, G., Richardson, J., Osborne, R., McNeil, H. (1997). The Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument. Construction, initial validation & utility scaling. Monash University: Centre for Health Program Evaluation
- Heckhausen, J., Dixon, R. A., & Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, 25(1), 109–121. doi:10.1037/0012-1649.25.1.109
- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & Mental Health*, 7(3), 186–194. doi:10.1080/1360786031000101157
- Kaspar, R., Gabrian, M., Brothers, A., Wahl, H.-W., & Diehl, M. (2018). Measuring Awareness of Age-Related Change: Development of a 10-Item Short Form for Use in Large-Scale Surveys. *The Gerontologist*, 00(00), 1–12. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx213>
- Kim, G. R., Netuveli, G., Blane, D., Peasey, A., Malyutina, S., Simonova, G., ... Pikhart, H. (2014). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the CASP-19, a measure of quality of life in early old age: the HAPIEE study. *Aging & Mental Health*, 19(7), 595–609. doi:10.1080/13607863.2014.938605
- Knight, B. G., & Satre, D. D. (2006). Cognitive Behavioral Psychotherapy With Older Adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 188–203. doi:10.1093/clipsy.6.2.188
- Levy, S. R. (2016). Toward Reducing Ageism: PEACE (Positive Education about Aging and Contact Experiences) Model. *The Gerontologist*, gnw116. doi:10.1093/geront/gnw116

- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga, Portugal: Psiquilibrios Edições.
- Miche, M., Wahl, H.-W., Diehl, M., Oswald, F., Kaspar, R., & Kolb, M. (2013). Natural Occurrence of Subjective Aging Experiences in Community-Dwelling Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 174–187. doi:10.1093/geronb/gbs164
- Neto, F. (1989). Escala de Solidão da UCLA: Adaptação portuguesa. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- Neto, F. (1992). Loneliness among Portuguese adolescents. *Social Behavior and Personality*, 20 (1), 15-22.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 223–233. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>
- Sim, J., Bartlam, B., & Bernard, M. (2011). The CASP-19 as a measure of quality of life in old age : Evaluation of its use in a retirement community The CASP-19 as a measure of quality of life in old age : evaluation of its use in a retirement community English Longitudinal Study of Ageing Satisfac. *Quality of Life Research*, 20(7), 997–1004. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9835-x>
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2(1), 2–12. doi:10.1007/s10433-005-0500-0
- Wiggins, R. D., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P., & Blane, D. (2007). The evaluation of a self-enumerated scale of quality of life (CASP-19) in the context of research on ageing: A combination of exploratory and confirmatory approaches. *Social Indicators Research*, 89(1), 61–77. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9220-5>

Anexo

Parecer da Comissão de Ética da Universidade do Minho



Universidade do Minho

Conselho de Ética

**Conselho de Ética - Ciências Sociais e Humanas**

Identificação do documento: CE.CSH 085/2018

Título do projeto: *Mudanças relacionadas com a idade e bem-estar subjetivo: o papel da saúde e da solidão*

Investigador(a) Responsável: Sara Monteiro, Mestrado Integrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho e Professor José Ferreira-Alves, Orientador, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

**PARECER**

O Conselho de Ética analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Mudanças relacionadas com a idade e bem-estar subjetivo: o papel da saúde e da solidão*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, o Conselho de Ética nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável.

Braga, 29 de novembro de 2018.

A Presidente do CEUMinho

Assinado por: **GRACIETTE TAVARES DIAS**  
Num. de Identificação Civil: B1071230157  
Data: 2018.12.07 10:19:41 GMT Standard Time



**Anexo:** Formulário de identificação e caracterização do projeto