

O bem-estar da pessoa idosa: estudo comparativo entre duas áreas geográficas

*The well-being in the elder people – Comparative study
between two geographic areas*

*El bienestar en las personas mayores - Estudio
comparativo entre dos áreas geográficas*

Maria do Rosário Jesus Martins
Valeriana Guijo Blanco
Magda Santos Guerra
Zaida de Aguiar Sá Azeredo

RESUMO: *O bem-estar seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões. Os resultados, através da aplicação da escala SPF-IL e o teste de U de Mann-Whitney, evidenciaram a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões conforto, estima e no global e nos seus padrões de vida e hábitos de vida.*

Palavras-chave: *Idoso; Bem-estar; Saúde mental.*

ABSTRACT: *Well-being is the result of the balance between the various dimensions of the functional capacity of the elderly, without necessarily meaning no problems in all dimensions. The results, through the application of the SPF-IL scale and the Mann-Whitney U test, showed the existence of statistically significant differences in comfort, self-esteem and in the global dimension alongside with differences on lifestyle and habits.*

Keywords: *Well-being; Elderly person; Mental health.*

RESUMEN: *El bienestar sería el resultado del equilibrio entre las diversas dimensiones de la capacidad funcional de las personas mayores, sin que necesariamente signifique la ausencia de problemas en todas las dimensiones. Los resultados, mediante la aplicación de la escala SPF-IL y la prueba U de Mann-Whitney, mostraron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de comodidad, estima y en general y en sus niveles de vida y hábitos de vida.*

Palabras clave: *Anciano; Bienestar; Salud mental.*

Introdução

Enquadramento Teórico

O bem-estar é um constructo multidimensional relacionado com o grau de satisfação das necessidades sentidas, englobando aspetos objetivos e subjetivos. Dentro do bem-estar subjetivo podem-se distinguir três dimensões: a emocional, a psicológica e a social.

O bem-estar emocional conduz a uma atitude positiva face ao processo de envelhecimento, que tem um efeito protetor sobre a saúde, podendo aumentar a longevidade. Existem, no entanto, estudos que nos revelam que o afeto ou as emoções positivas tendem a declinar ligeiramente com a idade (Diener, 2000). Assim, na pessoa idosa, o bem-estar emerge quando esta se sente satisfeita com sua vida, manifestando o que lhe pode trazer um equilíbrio afetivo e emocional e o desejo de continuar a viver.

Diener (2000) define o bem-estar subjetivo como sendo a apreciação que a própria pessoa faz da sua vida, podendo ser dividida em dois aspetos: o cognitivo e o afetivo.

Para Triadó y Villar (2008, p. 65), o bem-estar subjetivo engloba duas componentes: felicidade e satisfação vital, em que a felicidade está relacionada com os sentimentos; é de carácter emocional ou afetivo sujeito a permutas, em curto e médio prazo (...), se as circunstâncias da pessoa também se alterarem. Já a satisfação vital é de carácter cognitivo mais estável, e pouco sujeita a mudanças em curtos ou médios períodos de tempo.

Veenhoven (2004), por sua vez, refere que as conceções de bem-estar e felicidade são utilizadas como sinónimos, e Sirgy (2002) afirma que a satisfação com a vida, o afeto positivo e o negativo, o bem-estar subjetivo, a felicidade são aspetos subjetivos da qualidade de vida. Uma vida

de qualidade é uma luta constante pelo entendimento entre a experiência individual e as necessidades da sociedade e sua respetiva priorização.

Segundo alguns estudiosos, o bem-estar subjetivo corresponde a um constructo com qualidade de vida (Salvador-Carulla, Sánchez, & Cabo-Soler, 2004). A qualidade de vida está relacionada com a percepção de bem-estar que o idoso tem em determinado momento. Assim, Júnior y Tavares identificaram, em seus estudos (set/2004-fev/2005), que as pessoas idosas entendem a saúde como um bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença; dando especial ênfase ao fator económico, e à espiritualidade para garantir uma vida com qualidade.

Costa (1998) afirma que a apreciação do estado de saúde dos idosos deve ser alargada e incluir dados sobre a percepção que o idoso tem das suas disfunções e de como estas interferem nas suas actividades de vida diária.

Fernández-Ballesteros (2009) referencia um estudo realizado por Ruff (1986) acerca de como os idosos definem bem-estar, concluindo que a dimensão social e ter boas relações contribui para um envelhecimento positivo.

O bem-estar subjetivo, para Ryff y Keyes (1995) é constituído por seis elementos: autoaceitação; crescimento pessoal; sentido da vida; relações positivas com os outros; domínio do ambiente e autonomia. Neri, Batistoni e Ribeiro (2016), por sua vez, afirmam que o bem-estar subjetivo sugere o domínio das percepções, das expectativas, dos sentimentos e dos valores.

O conceito de bem-estar subjetivo de acordo com (Triadó y Villar, 2008) inclui respostas emocionais das pessoas em determinado momento vital. Este conceito está relacionado com o estado de humor, com o momento presente, com a idade e com o meio envolvente. Diener (2000) acrescenta, na componente emocional, a presença de emoções positivas, e a inexistência de emoções negativas e, na componente cognitiva, a avaliação pessoal sobre sua satisfação com a vida entendida esta no seu todo.

Ryan y Deci (2001) expõem que o bem-estar é uma aspiração de todo o ser humano e qualifica o bem-estar sob duas perspetivas: a do bem-estar subjetivo ou “hedonista” e a da perspetiva “eudaimonista” ou do bem-estar psicológico. A perspetiva “hedonista” associa o bem-estar à percepção subjetiva de felicidade como consequência de uma avaliação integral entre o prazer e a insatisfação, entre os bons e maus componentes da vida de cada pessoa, englobando respostas emocionais e a satisfação com a vida. Conforme Nunes y Menezes (2014), a teoria do hedonismo representa a ideia intuitivamente. O bem-estar subjetivo (hedonismo) engloba duas componentes: a emocional que se relaciona com a presença de emoções positivas; e a componente cognitiva que se relaciona com a percepção da satisfação com a vida como um todo.

A perspectiva “eudaimonista” ou do bem-estar psicológico associa o bem-estar à concretização das potencialidades e sua realização. O conceito de eudaimonismo encontra-se associado à felicidade como processo contínuo e de viver uma vida com sentido (Rivero, d’Araújo, y Marujo, 2013).

Para Ryan e Deci (2001), o bem-estar psicológico ou “Eudaimonista” relaciona-se com a realização pessoal e profissional, com aqueles valores que nos fazem sentir vivos e autênticos e nos fazem crescer como pessoas. Conforme Giannopoulos y Vella-Brodrick (2011), a felicidade eudaimónica “ênfatisa os desafios que os indivíduos encontram ao procurar funcionar ao nível do seu potencial e tomar consciência dos seus talentos únicos” (p. 95).

Após anos de estudo, autores como Fredrickson (2013), Baumeister, Vohs, Aaker, & Garbinskyc (2013), Keyes, Shmotkin, y Ryff (2002) assinalam a existência de uma forte correlação entre o bem-estar subjetivo (Hedonista) e o bem-estar psicológico (Eudaimonista) que potenciam a qualidade de vida.

Numa visão mais abrangente, Ryff, y Keyes (1995) referem que o bem-estar psicológico é um processo contínuo que tem a ver com os objetivos de vida, os projetos de vida com desafios e com um certo esforço em superá-los, e conseguir metas valiosas.

Ryan, Huta y Deci (2008) expressam que a conceção de eudaimonia teve como base as teorias de Aristóteles acerca da felicidade em que centra sua perspectiva na busca do significado de viver uma vida boa, de excelência.

Alguns autores, no âmbito da psicologia positiva, referem que o bem-estar psicológico está relacionado com uma vida com sentido. Giannopoulos y Vella-Brodrick (2011) afirmam que a felicidade eudaimonia ênfatisa os desafios que as pessoas descobrem ao procurar funcionar ao nível das suas capacidades e tomar conhecimento das suas aptidões. Para Nunes (2009), “a felicidade é uma resposta que damos à obtenção de coisas que reconhecemos que são boas, independentemente e por direito próprio” (p. 154).

Carvalho (2014) expõe que a felicidade “depende em larga escala da atitude, da forma de encarar o dia a dia, e da expectativa que cada um deposita na sua vida, e no que lhe vai sucedendo” (p. 45).

Segundo Diener (2000), as pessoas sentem bem-estar subjetivo quando vivenciam emoções positivas, agradáveis, realizam atividades que lhes dão prazer, e têm satisfação com a vida. A satisfação com a vida é um indicador essencial de bem-estar subjetivo (Ryff, y Keyes, 1995).

Lembram-nos, ainda, Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) que a satisfação com a vida se relaciona com a avaliação integral da qualidade de vida percebida por cada pessoa.

Veenhoven (2004) encara a satisfação com a vida como a intensidade com que a pessoa avalia positivamente sua vida de forma global. Para os autores, a satisfação com a vida mantém-se estável ao longo do ciclo vital. Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) pontuam que as mulheres vivenciam as emoções positivas e negativas com mais assiduidade e mais intensidade do que os homens. Rodriguez (2003) afirma que as mulheres apresentam índices mais elevados de sentimentos negativos, como a tristeza, depressão ou solidão. Han, Park, Kim, Kim y Park (2014) referem que o estado civil, ser casado entre duas pessoas de género diferente, está associado à qualidade de vida, e que depende da situação de o casamento consistir numa boa ou má relação, em que existam ou não problemas vários, como a condição de saúde e a situação socioeconómica.

Silva (2011) revela que o bem-estar subjetivo em Portugal “decrece de Norte para Sul (...), em que os homens, em todos os escalões etários, registam maior grau de bem-estar subjetivo do que as mulheres” (p. 216). Conforme os países mais felizes são os mais otimistas em relação ao futuro, e os menos felizes são os menos otimistas. Podemos constatar que Portugal, Bulgária e Hungria são os piores classificados relativamente aos outros países, nomeadamente a Espanha.

Gineste y Pellissier (2008) mencionam os estudos realizados por Jean Vézina, Philippe Cappeliez e Philippe em 1994, acerca do bem-estar e satisfação com a vida, em que constataram que “não é o número de anos que determina esses sentimentos, mas o estado de saúde, as condições de vida, a situação económica” (p. 94). Alaphilippe y Bailly (2014) referem que, quer em estudos longitudinais, quer em estudos transversais realizados na população idosa, o bem-estar não diminui com a idade.

Galinha y Ribeiro (2005, p. 208) afirmam que o conceito de bem-estar permitiu construir medidas que possibilitam uma avaliação mais fina dos indicadores da saúde mental, através de variáveis como a satisfação com a vida, a felicidade, o afecto positivo e o afecto negativo.

Podemos, assim, distinguir duas perspetivas de bem-estar: objetivo e subjetivo, em que o bem-estar objetivo caracteriza-se por aspetos atingíveis como a renda familiar disponível, as condições de habitabilidade e o meio ambiente, a disponibilidade de serviços. Enquanto o bem-estar subjetivo corresponde ao constructo da qualidade de vida (Salvador-Carulla, Sánchez, & Cabo-Soler, 2004). Segundo o bem-estar das pessoas idosas que se relaciona com a história de vida de uma pessoa (Paúl, 1996).

Ricoeur (1990) afirma que cada pessoa existe e constrói a sua identidade, o conhecimento de si, no jogo das correlações com as quais, e através das quais, constrói a própria história de vida. É crucial, para o processo de adaptação ao envelhecimento, a forma como um indivíduo vivencia cada

fase da sua história de vida, sendo neste percurso essencial a manutenção da saúde física e do bem-estar psicológico, a satisfação das expectativas de vida e uma velhice bem-sucedida.

Strawbridge, Wallhagen y Cohen (2002) declaram que o bem-estar subjetivo é essencial a um envelhecimento bem-sucedido e agente fulcral na promoção da qualidade de vida. Wilson (1967) expõe que, na tentativa de se compreenderem as diferenças pessoais no bem-estar subjetivo, tem-se relatado que a satisfação das necessidades é motivo de felicidade, enquanto a insatisfação dá origem à infelicidade. A concretização dos objetivos necessários para originar satisfação depende do grau de adaptação ou ambição, que é afetada pela experiência vivenciada, as comparações com os outros, os valores pessoais e outros fatores. Acrescenta, ainda, que um dos principais fatores preditivos de bem-estar subjetivo é a personalidade.

Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) realizaram um estudo acerca dos argumentos de Wilson (1967), chegando à conclusão de que as pessoas casadas, religiosas, extrovertidas e otimistas eram mais felizes; os homens e mulheres referiam o mesmo grau de felicidade global e de satisfação com a vida; a autoestima apresentava uma correlação forte com o bem-estar subjetivo; e que os fatores sociodemográficos não apresentaram variações significativas.

O bem-estar é um estado de equilíbrio entre a saúde física, psíquica, emocional, social e espiritual. O nível de bem-estar foi conceptualizado em cinco dimensões: afeto, confirmação, *status*, conforto e estima. Poderemos, pois, afirmar, que este é o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões de capacidades funcionais do idoso, sem necessariamente significar a ausência de problemas nestas dimensões.

O objetivo deste estudo é estudar o bem-estar em idosos em áreas geográficas de Portugal e Espanha; comparar o bem-estar dos idosos estudados, entre os dois países.

Material e Métodos

População

Foi realizado um estudo populacional, em meio natural em dois municípios: Covilhã (Portugal) e Burgos (Espanha). A escolha destes municípios deveu-se ao facto de haver facilidades na obtenção de colaboração das autoridades locais para obter a adesão dos idosos ao estudo. *Critérios de inclusão*: todos os idosos, a viver na comunidade, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, de ambos os sexos, pertencentes às áreas geográficas acima definidas, que possuíam

as condições físicas e psíquicas para colaborarem e anuíram em o fazer, após serem devidamente informados dos objectivos do estudo. No município de Burgos, procurou-se que a amostra fosse similar (para se poder comparar os resultados) à de Covilhã. *Crítérios de exclusão*: Pessoas com idade inferior a 65 anos; pessoas com idade igual ou superior a 65 anos institucionalizadas, ou que tivessem condições físicas e/ou psíquicas que as impedissem de colaborar no estudo.

Instrumentos

Foi por nós elaborado um questionário de perguntas abertas e fechadas, dividido em duas partes: a primeira consistia na caracterização demográfica do idoso e do qual faziam perguntas como idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, estilos de vida, comportamentos aditivos (tabagismo, consumo de álcool e outras bebidas fermentadas) habitação, co-habitação, rendimento económico, e atividades ocupacionais diárias (ex.: ver televisão, cuidar da casa, passear, ler etc.).

Numa segunda parte, através de questões abertas e fechadas foi feita a caracterização da situação clínica dos idosos (doenças e respectivas terapêuticas, diminuição da acuidade visual, diminuição da acuidade auditiva, tempo de sono, teve Acidente Vascular Cerebral (AVC), teve enfarte agudo do miocárdio (EAM), internamentos no último ano, utilização de ajudas técnicas para a marcha diminuição recente de peso, entre outros.). Para avaliação do seu estado de saúde mental foi aplicado o Mini-Mental State Examination (MMSE).

Para avaliação do bem-estar, recorremos a SPF-il (Social Productions Scale) abreviada de Nieboer, Lindenberg, Boomsma y Bruggen (2005), que é um instrumento multidimensional, que mede e avalia três necessidades sociais e duas necessidades físicas nos últimos três meses. É constituído por 15 questões que permitem a pessoa constatar e afirmar um estado de bem-estar. Todas as questões foram colocadas de modo a permitir à pessoa responder a: “nunca”, “às vezes”, “frequentemente” ou “sempre”.

O nível de bem-estar foi conceptualizado em cinco dimensões: “Afeto” nas questões 1, 2, 3; “Confirmação” nas questões 4, 5, 6; “Status” nas questões 7, 8, 9; “Conforto” nas questões 10, 11, 12; “Estima” nas questões 13, 14, 15. Este questionário não questiona diretamente os valores subjetivos de bem-estar ou de vida satisfatória, mas sim o nível de satisfação que as pessoas pensam ter. São evitadas questões diretas de bem-estar e nível de concentração. São colocadas questões de modo a avaliar até que ponto as pessoas se sentem bem, se ajudam o próximo e se seu bem-estar se relacionada diretamente com o bem-estar dos outros que as rodeiam.

Procedimentos

Neste estudo utilizamos o método quantitativo e o tipo de amostragem não probabilística, método por conveniência do tipo acidental. Antes de ser aplicado, o questionário foi devidamente testado para aferir a linguagem e esclarecer dúvidas. Para a aplicação de escalas, foram solicitadas as devidas autorizações. Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados e obter resultados descritivos e inferenciais, recorreremos ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS na versão 22.0).

No estudo, utilizamos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente, apresentação em figuras e tabelas de frequências (absolutas e percentuais), cálculo de medidas de tendência central (média aritmética e mediana) e de medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio-padrão).

Foram, também, aplicados os coeficientes alfa de Cronbach e de correlação de Spearman, teste de significância do coeficiente de Spearman e testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk (para testar a normalidade da distribuição de frequências das variáveis quantitativas em estudo), teste do Qui-quadrado, testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis.

Na escolha dos testes, atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Marôco (2011) e Pestana y Gageiro (2008), nomeadamente, a natureza das variáveis e as características referentes à normalidade. Em todos os testes, fixamos o valor 0.050 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I era inferior àquele valor, ou seja, quando $p < 0.050$.

Considerações éticas

Foram respeitadas todas as considerações éticas e de confidencialidade. Assim, aos respondentes, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

A cada um dos respondentes, foi solicitado o consentimento informado. Foram ainda solicitadas as devidas autorizações para a aplicação do questionário.

Análise e discussão dos resultados

Como podemos verificar, pela observação da Figura 1, os idosos do município de Burgos, Espanha, apresentavam idades compreendidas entre 65 e 87 anos, tendo a idade média de

73.82±6.60 anos, enquanto os idosos do município de Covilhã, Portugal, tinham idades que se situaram entre 65 e 86 anos, sendo a média 72.73±5.60 anos.

Na amostra de Burgos, metade dos idosos tinha, pelo menos, 74.00 anos, 32.0% pertenciam ao grupo etário entre 65 e 69 anos, seguidos de 22.0% cujas idades se situaram entre 75 e 79 anos ou entre 80 e 84 anos. Na amostra de Covilhã, metade dos elementos tinha, pelo menos, 71.00 anos, 34.0% tinham entre 70 e 74 anos e 33.0% pertenciam ao grupo etário 65 a 69 anos. Nenhuma das amostras apresentava idades com distribuição de frequências próxima da distribuição normal ou gaussiana e a comparação entre elas revelou a não existência de diferenças estatisticamente significativas.

Ambas as amostras eram constituídas, maioritariamente, por idosos do sexo feminino, sendo as percentagens de 55.0% e 60.0%, respetivamente, em Burgos e em Covilhã. As diferenças entre as duas amostras não são estatisticamente significativas.

Nas duas amostras predominam os idosos casados, com as percentagens de 55.0% e 62.0%, classificando-os apenas em duas categorias (não casados e casados); procedemos à comparação entre as duas amostras, tendo constatado a não existência de diferenças estatisticamente significativas.

Verificamos que 94.0% dos idosos da amostra de Burgos e 75.0% dos elementos da amostra de Covilhã possuíam casa própria, e regista-se a existência de diferença significativa entre as duas amostras. Relativamente à coabitação, constata-se que 54.0% dos idosos de ambas as amostras viviam com o cônjuge ou com o cônjuge e filhos. No entanto, as duas amostras não podem ser consideradas equivalentes, porque a aplicação do teste estatístico revelou a existência de diferença significativa.

Em termos de escolaridade, constatamos que, na amostra de Burgos, 74.0% dos elementos possuíam o 2º Ciclo (44.0%) ou o 3º Ciclo (30.0%). Na amostra de Covilhã, 81.0% dos idosos possuíam o 1º Ciclo (50.0%) ou sabiam ler e escrever, mas não tinham o 1º Ciclo (31.0%). As duas amostras evidenciam diferenças estatisticamente significativas.

Na amostra de Burgos, 63.0% dos idosos estavam na situação de reformados, enquanto na amostra de Covilhã a percentagem destes casos se situou nos 96.0%. As diferenças entre as duas amostras são estatisticamente significativas.

Os idosos de Covilhã apresentam menor proporção de casa própria, coabitam mais com o cônjuge, apresentam menor escolaridade e maior proporção de situações de reforma comparativamente com os de Burgos.

Figura 1: Características sociodemográficas

Município Variável	Burgos		Covilhã	
	n	%	n	%
Grupo etário				
65 – 69	32	32.0	33	33.0
70 – 74	20	20.0	34	34.0
75 – 79	22	22.0	18	18.0
80 – 84	22	22.0	12	12.0
85 – 89	4	4.0	3	3.0
Burgos: = 73.82 Md = 74.00 s = 6.60 x _{min} = 65 x _{máx} = 87 p* = 0.001 Covilhã: = 72.73 Md = 71.00 s = 5.60 x _{min} = 65 x _{máx} = 86 p* = 0.001 Teste de Mann-Whitney: z = -0.918 p = 0.359				
Sexo				
Masculino	45	45.0	40	40.0
Feminino	55	55.0	60	60.0
Teste do Qui-quadrado: $\chi^2 = 0.512$ p = 0.474				
Estado civil				
Solteiro	9	9.0	3	3.0
Casado	55	55.0	62	62.0
Divorciado	0	0.0	2	2.0
Separado	0	0.0	0	0.0
União de facto	0	0.0	0	0.0
Viúvo	36	36.0	33	33.0
Teste do Qui-quadrado: $\chi^2 = 1.009$ p = 0.315				
Casa própria				
Sim	94	94.0	75	75.0
Não	2	2.0	3	3.0
Aluguer	4	4.0	22	22.0
Teste do Qui-quadrado: $\chi^2 = 14.798$ p = 0.001				
Coabitação				
Sozinho	26	26.0	30	30.0
Cônjuge	44	44.0	54	54.0
Filho(a)	12	12.0	14	14.0
Cônjuge e Filho(a)	10	10.0	0	0.0
Outro	8	8.0	2	2.0
Teste do Qui-quadrado: $\chi^2 = 15.060$ p = 0.005				
Escolaridade				
Sabe ler e escrever mas não tem o 1º Ciclo	7	7.0	31	31.0
1º Ciclo	14	14.0	50	50.0
2º Ciclo	44	44.0	9	9.0
3º Ciclo	30	30.0	8	8.0
Ensino Secundário	5	5.0	2	2.0
Ensino Superior	0	0.0	0	0.0
Teste do Qui-quadrado: $\chi^2 = 72.544$ p = 0.000				
Reformado				
Sim	63	63.0	96	96.0
Não	37	37.0	4	4.0
Teste do Qui-quadrado: $\chi^2 = 33.410$ p = 0.000				

Relativamente às atividades de ocupação diária dos idosos, verificamos que, na amostra de Burgos, 81.0% viam TV ou ouviam rádio, 73.0% frequentavam centros de convívio ou associações, 65.0% passeavam com amigos ou familiares, 53.0% liam livros, jornais ou revistas, e 41.0% ocupavam os tempos livres em outras atividades. Na amostra de Covilhã, 50.0% dos idosos passeavam com amigos ou familiares, 49.0% frequentavam centros de convívio ou associações, 47.0% praticavam outras atividades e 44.0% passeavam sozinhos ou trabalhavam na agricultura.

Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras nas atividades “Ver TV/Ouvir rádio”, “Passear sozinho”, “Passear com amigos/familiares”, “Trabalhar na agricultura” e “Frequentar centros de convívio/associações”. Os elementos da amostra portuguesa veem menos TV e ouvem menos rádio, passeiam mais sozinhos e menos com amigos ou familiares, trabalham mais na agricultura e revelam menor frequência de centros de convívio/associações.

Quanto ao tipo de rendimento dos idosos, constatamos que 84.0% dos idosos de Burgos tinham rendimentos provenientes de reforma (61.0%) e de pensões (23.0%). Na amostra de idosos de Covilhã, 96.0%, os rendimentos provinham unicamente da reforma. Atendendo à dispersão da distribuição de frequências, observada nas duas amostras, não foi possível proceder à sua comparação estatística.

Em ambas as amostras, a maioria dos idosos não fumava, nem consumia bebidas alcoólicas, e não existem diferenças estatisticamente significativas entre as amostras em estudo.

Relativamente à situação clínica dos idosos, constatamos, cf. Figura 2, que, em ambas as amostras, 52.0% dos idosos consideraram-se saudáveis. Na amostra de Burgos, 19.0% dos idosos sofriam de diabetes, 30.0% eram hipertensos, 15.0% tinham problemas de incontinência, 1.0% sofriam de Parkinson, 17.0% sofriam de depressão, 46.0% afirmaram sofrer de artrose e 38.0% referiram sofrer de outras doenças. Na amostra de idosos de Covilhã, as percentagens foram, respetivamente, 52.0%, 34.0%, 28.0%, 2.0%, 9.0%, 22.0% e 10.0%.

Observaram-se diferenças significativas entre as duas amostras nas doenças diabetes, incontinência, artrose e outras doenças. Os idosos de Covilhã sofrem mais de diabetes e de incontinência, menos de artrose e de outras doenças.

Figura 2: Situação clínica dos idosos

Município Variável	Burgos		Covilhã	
	N	%	n	%
Considera-se saudável				
Sim	52	52.0	52	52.0
Não	48	48.0	48	48.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 0.000$ $p = 1.000$			
Diabetes				
Sim	19	19.0	52	52.0
Não	81	81.0	48	48.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 23.780$ $p = 0.000$			
Hipertensão				
Sim	30	30.0	34	34.0
Não	70	70.0	66	66.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 0.368$ $p = 0.544$			
Incontinência				
Sim	15	15.0	28	28.0
Não	85	85.0	72	72.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 5.007$ $p = 0.025$			
Parkinson				
Sim	1	1.0	2	2.0
Não	99	99.0	98	98.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 0.338$ $p = 0.561$			
Depressão				
Sim	17	17.0	9	9.0
Não	83	83.0	91	91.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 2.829$ $p = 0.092$			
Artrose				
Sim	46	46.0	22	22.0
Não	54	54.0	78	78.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 12.834$ $p = 0.000$			
Outras doenças				
Sim	38	38.0	10	10.0
Não	62	62.0	90	90.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 21.491$ $p = 0.000$			

Ainda relacionado com a situação clínica dos idosos, verificamos cf. Figura 3, que 31.0% dos elementos da amostra de Burgos referiram diminuição da acuidade visual, 70.0% usavam óculos, 31.0% apresentavam diminuição da acuidade auditiva e 11.0% usavam aparelho auditivo. Na amostra de idosos de Covilhã, as percentagens daquelas situações, foram: 78.0% relataram diminuição da acuidade visual, 72.0% usavam óculos, 33.0% alegavam diminuição da acuidade auditiva e 9.0% usavam aparelho auditivo. Apenas na diminuição da acuidade visual se constata a existência de diferença estatisticamente significativa, sendo a proporção destes casos mais elevada na amostra portuguesa.

Figura 3: Situação clínica dos idosos (continuação)

Município Variável	Burgos		Covilhã	
	N	%	n	%
Diminuição da acuidade visual				
Sim	31	31.0	78	78.0
Não	69	69.0	22	22.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 44.541$ $p = \mathbf{0.000}$			
Usa óculos				
Sim	70	70.0	72	72.0
Não	30	30.0	28	28.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 0.097$ $p = 0.755$			
Diminuição da acuidade auditiva				
Sim	31	31.0	33	33.0
Não	69	69.0	67	67.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 0.092$ $p = 0.762$			
Usa aparelho auditivo				
Sim	11	11.0	9	9.0
Não	89	89.0	91	91.0
Teste do Qui-quadrado:	$\chi^2 = 0.222$ $p = 0.637$			

Relativamente às características do sono, constatamos que 71.0% dos idosos da amostra de Burgos afirmaram que dormiam entre 6 a 9 horas, enquanto 55.0% dos idosos de Covilhã disseram que dormiam menos de 6 horas. Em termos médios, os idosos de Covilhã dormiam 5.14 ± 1.25 horas e os Burgos dormiam 7.34 ± 1.55 horas. A diferença revelou-se estatisticamente significativa, do que podemos concluir que os idosos de Covilhã dormem menos tempo que os idosos de Burgos.

Em ambas as amostras, a maioria dos idosos não sofre de insónia inicial, mas os idosos de Covilhã (10.0%) sofrem menos de insónia terminal que os de Burgos (33.0%), sendo a diferença estatisticamente significativa. A maioria dos idosos das duas amostras (58.0% e 67.0%) não sofre de despertares noturnos frequentes, não sendo significativa a diferença observada.

A proporção de idosos da amostra de Covilhã que tomam medicação para dormir (57.0%) é significativamente superior à proporção dos que tomam este tipo de medicação na amostra de Burgos (24.0%).

A maioria dos elementos de ambas as amostras nunca esteve hospitalizada, sendo as percentagens de 66.0% e 86.0%, respetivamente, para a amostra de Burgos e para a amostra de Covilhã. A diferença entre as duas amostras é estatisticamente significativa pelo que a proporção de idosos que já estiveram hospitalizados na amostra de Covilhã é significativamente superior à mesma proporção na amostra de Burgos.

Idêntica situação se verifica quanto ao facto de ter sofrido acidente vascular cerebral. Verificamos que, nas duas amostras, a maioria dos elementos não sofreu de acidente vascular cerebral, sendo as percentagens de 87.0% em Burgos e 99.0% em Covilhã. No entanto, as diferenças são estatisticamente significativas e a proporção de casos que sofreram de acidente vascular cerebral é significativamente superior na amostra de Burgos (13.0%) que na amostra de Covilhã (1.0%).

Apuramos, ainda, que a maioria dos idosos nas duas amostras não sofreu de enfarte agudo do miocárdio (99.0% e 97.0%), não teve alguma queda no último ano (81.0% e 89.0%) e não utiliza meios auxiliares de marcha (87.0% e 93.0%).

Podemos ainda constatar que a maior parte dos idosos de ambas as amostras não perdeu peso recentemente (86.0% e 80.0%), usa prótese dentária (67.0% e 79.0%), sendo que a maior percentagem usa prótese total (41.8% e 68.4%), toma medicação (77.0% e 94.0%) e a maior parte toma até três medicamentos por dia (57.1% e 45.7%), seguindo-se a toma de medicação entre quatro e seis medicamentos por dia (29.9% e 39.4%) dos idosos de Burgos e os idosos de Covilhã, respetivamente. Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto ao tipo de prótese dentária e à toma de medicação. A proporção de idosos que usa prótese dentária total e que toma medicação é significativamente superior na amostra de Covilhã. Relativamente ao índice de massa corporal, verificamos que a maior parte dos idosos em ambas as amostras (Burgos: 75.0% e Covilhã: 90.0%) apresentou valores iguais ou superiores a 23. A comparação dos dados revelou que as diferenças eram estatisticamente significativas, e a análise dos valores médios e medianos revela que os idosos de Covilhã evidenciaram índices de massa corporal mais elevados que os idosos da amostra de Burgos.

Para testar a hipótese «**a percepção subjetiva de bem-estar é diferente conforme o Município (Burgos e Covilhã)**», utilizamos os dados obtidos com a aplicação da escala SPF-IL e aplicamos, novamente, o teste U de Mann-Whitney.

Analisando os resultados, que constituem a Figura 4, podemos verificar que os idosos das duas amostras tenderam a evidenciar boa percepção de bem-estar, pois apresentaram resultados médios e medianos próximos dos máximos das escalas de avaliação. Estas escalas poderiam variar entre 3 e 12 pontos, nas dimensões, e entre 15 e 60, no global. O teste confirmou a hipótese, ao revelar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões conforto e estima e, também, no global. Em todas estas situações os idosos de Burgos revelaram melhor percepção de bem-estar que os idosos de Covilhã.

Figura 4: A percepção subjetiva de bem-estar é diferente conforme o Município (Burgos e Covilhã)

Percepção subjetiva de bem-estar Município	Md	s	x_{\min}	x_{\max}	p^*	Teste	
Dimensão Afeto							
Burgos	9.59	10.00	2.12	5.00	12.00	0.000	z = -1.553 p = 0.120
Covilhã	10.00	10.00	2.06	4.00	12.00	0.000	
Dimensão Confirmação							
Burgos	9.83	10.00	2.11	4.00	12.00	0.000	z = -0.461 p = 0.645
Covilhã	10.10	11.00	1.80	4.00	12.00	0.000	
Dimensão Status							
Burgos	7.54	8.00	2.23	3.00	12.00	0.000	z = -0.320 p = 0.749
Covilhã	7.54	7.00	2.41	3.00	12.00	0.000	
Dimensão Conforto							
Burgos	8.97	9.00	2.50	4.00	12.00	0.000	z = -2.180 p = 0.029
Covilhã	8.36	8.00	1.86	4.00	12.00	0.000	
Dimensão Estima							
Burgos	9.97	11.00	2.22	4.00	12.00	0.000	z = -5.740 p = 0.000
Covilhã	8.33	9.00	1.67	3.00	12.00	0.000	
Global							
Burgos	45.67	47.00	9.66	21.00	59.00	0.013	z = -2.539 p = 0.011
Covilhã	43.35	45.00	7.13	17.00	57.00	0.000	

* Teste de normalidade

Para testar a hipótese «**a percepção subjetiva de bem-estar conforme o sexo do idoso**», procedemos à comparação dos resultados das diferentes variáveis, utilizando o teste U de Mann-Whitney, e observamos a existência de diferença estatisticamente significativa, apenas, na amostra de Burgos.

Para testar a hipótese «**a percepção subjetiva de bem-estar está relacionada com a idade do idoso**», procedemos ao estudo da correlação entre os resultados observados para as variáveis envolvidas. Neste estudo, aplicamos o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância, cujos resultados podemos constatar que apenas na amostra de idosos de Covilhã se observaram correlações estatisticamente significativas.

A hipótese «**a percepção subjetiva de bem-estar é diferente conforme a coabitação (o idoso vive sozinho ou acompanhado)**» foi testada, aplicando-se o teste U de Mann-Whitney, e podemos verificar que não existem quaisquer diferenças estatisticamente significativas em ambas as amostras. Este facto permite-nos concluir que não existem evidências estatísticas que confirmem a hipótese ao nível da percepção subjetiva de bem-estar.

Para testar a hipótese «**a percepção subjetiva de bem-estar é diferente conforme a escolaridade do idoso**», comparamos os dados em cada uma das variáveis através da aplicação do

teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Constatamos que, em ambas as amostras, não foi detetada qualquer diferença estatisticamente significativa, ou seja, não existem quaisquer evidências que confirmem a hipótese. Este facto levou-nos a concluir que a escolaridade do idoso não influencia significativamente a perceção subjetiva que ele revela acerca do seu bem-estar.

A hipótese «**a perceção subjetiva de bem-estar é diferente conforme o estado civil do idoso**» foi testada através da aplicação do teste U de Mann-Whitney. Atendendo a que a distribuição de frequências não permitia a comparação com todos os estados civis, optamos por reagrupar os elementos de ambas as amostras em, apenas, duas categorias: não casados (inclui os idosos solteiros, divorciados, separados e viúvos) e casados (inclui os idosos casados ou que viviam em união de facto). Constatamos que, na amostra de idosos de Burgos, existem diferenças significativas nas dimensões confirmação, *status* e estima e, também, no global. Na amostra de idosos de Covilhã, as diferenças estatisticamente significativas ocorreram nas dimensões afeto, confirmação, conforto e estima. Tal como na amostra de Burgos, também, nesta existe diferença significativa no global da escala de perceção subjetiva de bem-estar.

Os resultados evidenciam que a perceção de bem-estar é diferente, conforme os idosos são casados ou não. Os valores observados para as medidas de tendência central revelam que os idosos casados têm perceção de melhor bem-estar que os idosos não casados.

Para testar a hipótese «**a perceção subjetiva de bem-estar está relacionada com o tempo de sono do idoso**», procedemos ao estudo da correlação entre os resultados observados para estas variáveis. Neste estudo aplicamos o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância. Verificamos a existência de correlações positivas e significativas nas dimensões confirmação, *status* e estima da perceção subjetiva de bem-estar. Estes resultados levam-nos a concluir que os idosos que fazem sonos mais prolongados percecionam melhor bem-estar.

A hipótese «**a perceção subjetiva de bem-estar é diferente conforme o número de medicamentos tomados pelo idoso**» foi testada, comparando-se os dados em cada uma das variáveis, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, considerando os idosos que tomavam alguma medicação agrupados em três categorias (até três medicamentos por dia, quatro a seis, e sete ou mais medicamentos). Os resultados obtidos permitiram-nos verificar que, na amostra de Burgos, existe diferença significativa na dimensão *status*; por outro lado, na amostra de Covilhã, as diferenças estatisticamente significativas ocorreram nas dimensões afeto, conforto e estima e, ainda, no global. Em todas as situações em que foram observadas diferenças significativas, constatou-se que os idosos que tomam menos medicamentos evidenciam perceção de melhor bem-estar.

Para testarmos a hipótese «**a percepção subjetiva de bem-estar é diferente conforme a situação profissional do idoso**», hipótese esta que foi testada apenas na amostra de Burgos, porque, na amostra de Covilhã unicamente quatro idosos mantinham a atividade profissional, ou seja, não estavam reformados. Os resultados permitiram-nos verificar que, apenas na dimensão afeto, a diferença não é estatisticamente significativa. Nas restantes dimensões, e na global, constatamos que os idosos reformados tendem a evidenciar percepção de melhor bem-estar.

Conclusões

Atendendo à metodologia utilizada, os resultados obtidos são consistentes com os relatados em estudos análogos concretizados em todo o mundo, podendo desse modo, ser reconhecida a adequação dos critérios de seleção da amostra.

A amostra é constituída por 200 pessoas idosas, 100 a residirem no Município de Covilhã e 100 a residirem no Município de Burgos. Em Burgos os idosos apresentavam idades compreendidas entre 65 e 87 anos, tendo a idade média de 73.82 ± 6.60 anos, enquanto que, os idosos de Covilhã possuíam idades que se situaram entre 65 e 86 anos, sendo a média 72.73 ± 5.60 anos; comparativamente constata-se não existirem diferenças estatisticamente significativas.

Em ambas as amostras (Burgos e Covilhã) há o predomínio do género feminino, existindo uma prevalência de pessoas idosas casadas. Em termos de escolaridade, constatamos que os idosos de Covilhã apresentam menor escolaridade que os de Burgos.

Relativamente às atividades de ocupação diária dos idosos, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras nas atividades. Os elementos da amostra portuguesa veem menos TV e ouvem menos rádio, passeiam mais sozinhos, e menos com amigos ou familiares, trabalham mais na agricultura, e revelam menor frequência de centros de convívio/associações do que os idosos da amostra de Burgos.

Relativamente à situação clínica dos idosos, constatamos que, em ambas as amostras, 52.0% dos idosos consideraram-se saudáveis. Observaram-se diferenças significativas entre as duas amostras nas doenças diabetes, incontinência, artrose dentre outras, e que os idosos de Covilhã padecem mais de diabetes e de incontinência, menos de artrose e de outras doenças e têm maior proporção de diminuição da acuidade visual.

Em ambas as amostras, a maioria dos idosos não sofre de insónia inicial, mas os idosos de Covilhã (10.0%) sofrem menos de insónia terminal que os de Burgos (33.0%), sendo a diferença estatisticamente significativa.

Os resultados obtidos acerca do consumo de medicamentos evidenciam que 77.0% dos idosos de Burgos e 94.0% dos idosos de Covilhã consomem medicamentos. A maior parte dos idosos toma até 3 medicamentos por dia, dos quais 57.1% pertencem à amostra de Burgos e 45.7% à de Covilhã.

Na avaliação da percepção subjetiva de bem-estar, com a aplicação da escala SPF-IL, verificamos que os idosos tenderam a evidenciar boa percepção de bem-estar subjetivo. Em todas as situações, os idosos da Espanha revelaram melhor percepção de bem-estar que os idosos de Portugal.

Os resultados do estudo reforçam a ideia de que é urgente desenvolver um plano estratégico de intervenção preventiva, que articule as políticas de saúde, económicas e socioculturais, tendo em atenção o presente, e que seja capaz de considerar o perfil da pessoa idosa hoje, e o perfil da pessoa idosa de amanhã. Deve-se pensar no presente, mas orientados para o futuro, de tal forma que se consiga um envelhecimento ativo com bem-estar em todas as dimensões. Concordando com Azeredo (2012), “as estratégias para um envelhecimento ativo devem contemplar todo o percurso de vida com inerentes perdas e ganhos que se vão mais ou menos equilibrando de forma diferente em cada etapa da vida” (p. 98).

Em todas essas situações, os idosos de Burgos revelaram melhor percepção de bem-estar que os idosos de Covilhã.

Referências

- Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2014). *Psicologia do Adulto idoso*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Azeredo, Z. (2012). A interação geracional como uma estratégia de envelhecimento ativo. Em: Moura, C., Palha, A. P., Proença, A., Marques, A., Neto, A. M., & Azeredo, A. N. *Processos e estratégias do envelhecimento. Intervenção para um envelhecimento ativo*, 93-100. Porto, Portugal: Euedito.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Aaker, J., & Garbinskyc, E. N. (2013). Some Key Differences between a Happy Life and a Meaningful Life. *Journal of Positive Psychology*, 8(6), 505-516. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1080/17439760.2013.830764.
- Carvalho, J. (2014). Envelhecimento e idadeismo. Em: Moura, C., Carvalho, A. P., Palha, A. P., Paixão, A. Taborda, A., Azeredo, C. S., & Moura, C. (Eds.). *Idadismo. Prioridade na construção social da idade*, 271-291. Porto, Portugal: Euedito.
- Costa, M. A. (1998). *Enfermeiros - Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa, Portugal: Editores Fim de Século.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://media.rickhanson.net/Papers/SubjectiveWell-BeingDiener.pdf>.

- Diener, E. (2000). Subjective Well-being: the Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.34.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid, España: Pirámide.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mchugh, P. R. (1975). Mini Mental State. A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. Recuperado em 30 novembro, 2019, de:
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive Emotions Broaden and Build,. *Advances in Experimental Social Psychology*, 47, 01-53. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(2), 203-214. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://www.google.pt/sp-ps.pt/uploads/jornal/91.pdf>
- Giannopoulos, V. L., & Vella-Brodrick, D. A. (2011). Effects of positive interventions and orientations to happiness on subjective well being. *Journal of Positive Psychology*, 6, 95-105. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1080/17439760.2010.545428.
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). Humanidade, cuidar e compreender a velhice. (J. Chaves, Trad.) Lisboa, Portugal: Instituto Piaget, Piaget Editora.
- Han, K.-T., Park, E.-C., Kim, J.-H., Kim, S. J., & Park, S. (2014). Is marital status associated with quality of life? *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 109. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1186/s12955-014-0109-0.
- Júnior, R. C., & Tavares, M. d. (set/2004-fev/2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 147-158. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a12>.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1037//0022-3514.82.6.1007.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pero Pinheiro: Report Number, Ltda.
- Neri, A. L., Batistoni, S. S. T., & Ribeiro, C. C. (2016). Bem-estar psicológico, saúde e longevidade. In: Freitas, E. V., & Py, L. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (4ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara-Koogan.
- Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A., & Bruggen, A. C. (2005). Dimensions Of Well-Being And Their Measurement: The Spf-II Scale. *Social Indicators Research*, 73(3), 313-353. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1007/s11205-004-0988-2.
- Nunes, L., & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Alfragide: Caminho, SA.
- Paúl, M. C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga, Portugal: Sistemas Humanos e organizacionais Ltda.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Martins, M. do R. J., Blanco, V. G., Guerra, M. S., & Azeredo, Z. de A. S. (2020). O bem-estar da pessoa idosa: estudo comparativo entre duas áreas geográficas. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(3), 09-29. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP

- Read, S., Grundy, E., & Foverskov, E. (2016). Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging Ment Health, 20*(5), 529-542. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1080/13607863.2015.1023766.
- Ricoeur, P. (1990). Ethique et Morale. *Revista Portuguesa de Filosofia, 46*(1), 5-17. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://www.jstor.org/stable/40336076>.
- Rivero, C., d'Araújo, M. A., & Marujo, H. (2013). Moral e Felicidade: Possibilidades para uma Sociedade Equifeliz. *Revista ECOS, Estudos Contemporâneos da Subjetividade, 3*(2), 229-246. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: http://www.academia.edu/5503101/Moral_e_Felicidade_Possibilidades_para_uma_Sociedade_Equifeliz.
- Rodríguez, P. R. (2003). Sociología del envejecimiento. Em: Alberto Salgado, F. G. & Ruipérez, I. *Manual de Geriatria* (3ª ed., 89-98). Barcelona, España: Masson.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.141.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social Psychology, 69*(4), 719-727. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1037/0022-3514.69.4.719.
- Salvador-Carulla, L., Sánchez, A. C., & Cabo-Soler, J. R. (2004). *Longevidad. tratado integral sobre la salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid, España: Médica Panamericana, S. A.
- Silva, R. B. (2011). *Valores e felicidade no século XXI: um retrato sociológico dos portugueses em comparação europeia*. Tese de doutoramento. Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa, Portugal. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://hdl.handle.net/10071/2948>.
- Sirgy, M. J. (2002). *The Psychology of Quality of Life* (Vol. 12). Netherlands: Springer Science & Business Media. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: https://books.google.pt/books/about/The_Psychology_of_Quality_of_Life.html?id=HBQB6U2e2M0C&redir_esc=y.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful Aging and Well-Being. Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *The Gerontologist, 42*(6), 727-733. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1093/geront/42.6.727.
- Triadó, C., & Villar, F. (2008). *Envejecer en positivo*. Girona, España: Aresta SC.
- Veenhoven, R. (2004). Happiness as an aim in public policy. The greatest happiness principle. *Positive Psychology in Practice, 39*, 1-31. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2004c-full.pdf>.
- Wilson, W. R. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin, 67*(4), 294-306. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1037/h0024431>.

Recebido em 15/05/2020

Aceito em 30/09/2020

Maria do Rosário Jesus Martins - Docente da ESS do IPG. Investigadora integrada da Research Unit in Education and Community Intervention (RECI – Reconhecida pela FCT). Filiada ao Instituto Politécnico da Guarda, Portugal.

ORCID Id: <https://orcid.org/0000-0002-8609-5834>

E-mail: rosariojmartins@gmail.com

Valeriana Guijo Blanco - Docente na Faculdade de Ciências da Saúde e da Faculdade de Educação, Universidade de Burgos, Espanha.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0266-0523>

E-mail: vguijo@ubu.es

Magda Santos Guerra – Enfermeira no Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE. Docente no Instituto Piaget de Viseu, Portugal. Investigadora integrada da Research Unit in Education and Community Intervention (RECI – Reconhecida pela FCT).

ORCID Id: <https://orcid.org/0000-0002-7229-0858>

E-mail: magdasantosguerra@gmail.com

Zaida de Aguiar Sá Azeredo - Médica de Clínica Geral/Medicina Familiar no Porto. Coordenadora da Research Unit in Education and Community Intervention (RECI – Reconhecida pela FCT). Docente do Instituto Piaget de Viseu. Portugal.

ORCID Id: <https://orcid.org/0000-0001-7144-8150>

URL: <https://orcid.org/0000-0001-7144-8150>

E-mail: zaida.reci@gmail.com