Universidades Lusíada

Baltazar, Liliana da Conceiçao Taborda dos Santos

Relação entre bem-estar subjectivo, qualidade de vida e humor em idosos

http://hdl.handle.net/11067/5309

Metadados

Data de Publicação 2019

Resumo Resumo: O principal objetivo deste estudo foi analisar o efeito da institucionalização ao nível da perceção do bem-estar subjetivo, da qualidade de vida e no humor em idosos da população portuguesa. Para concretizar o objetivo, procurou-se analisar diferenças entre idosos institucionalizados e aqueles que vivem em comunidade no que se refere à perceção de bem-estar subjetivo (BES), de qualidade de vida (QDV) e no humor, e analisar a relação entre o BES, a QDV e o humor em idosos institucionaliz...

Abstract: The main objective of this study was to analyse the effect of institutionalization on the perception of subjective well-being, quality of life and mood in the elderly of the Portuguese population. To achieve the objective, we sought to analyse differences between institutionalized and non-institutionalized elderly regarding the perception of subjective well-being, quality of life and mood, and to analyse the relationship between subjective well-being, quality of life and mood in inst...

Palavras Chave Psicologia, Psicologia clínica, Avaliação psicológica - Idosos - Aspectos sociais, Teste Psicológico - Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T03:29:50Z com informação proveniente do Repositório

Relatório de Estágio
para a obtenção
do Grau de Mestre em:

Psicologia Clínica

RELAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR SUBJETIVO, QUALIDADE DE VIDA E HUMOR EM IDOSOS

Liliana Da Conceição Taborda dos Santos Baltazar

PORTO 2020

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

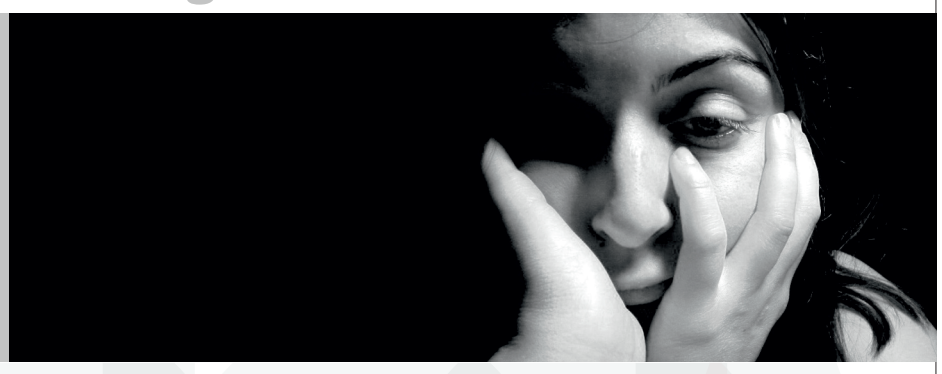
RELAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR SUBJETIVO, QUALIDADE DE VIDA E HUMOR EM IDOSOS

Liliana Da Conceição Taborda dos Santos Baltazar

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:

Psicologia Clínica



RELAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR SUBJETIVO, QUALIDADE DE VIDA E HUMOR EM IDOSOS

Liliana Da Conceição Taborda dos Santos Baltazar

PORTO 2020

ORIENTAÇÃO:
Doutora Sofia Marques

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

Agradecimentos

A vida sempre me transmitiu que nunca devemos parar de sonhar. É pura verdade. Até parece mentira. Dois anos extraordinários já passaram, e o sonho está quase a tornar-se realidade. Sonhar é preciso, reconhecer o verdadeiro valor das pessoas é ainda mais necessário. Resta-me agradecer a todos aqueles que tornaram e contribuíram para que este momento fosse possível.

Primeiramente, desejo expressar os meus agradecimentos à minha família.

Ao Luís, meu marido, com amor, pela permanente preocupação e dedicação que sempre demonstrou ao longo deste percurso. Agradeço profundamente a paciência e amor demonstrados nos momentos menos bons.

Aos meus pais, os meus pilares em todo o meu percurso académico. Tenho a certeza que o findar desta etapa é um culminar de emoções para eles. Por todo o orgulho que mostram ter! Por me permitirem sonhar e crescer. São sem sombra de dúvida a melhor versão de mim, cujos agradecimentos serão sempre poucos.

Aos meus bisavós. Por saber que, em algum lugar, zelam por mim!

À Joana, por ser a melhor amiga de sempre!

À Sílvia e à Maria João, colegas de mestrado, pela partilha e boa disposição.

À Professora Doutora Sofia Marques, orientadora da dissertação, pela dedicação, pela orientação e disponibilidade. O meu sincero obrigada por todo o apoio que me deu e por nunca me ter deixado desistir nos momentos mais difíceis. Bem-haja!

À Universidade Lusíada, pela formação e acompanhamento.

A todos os idosos com os quais tive a sorte de me cruzar e contribuíram para que esta recolha de dados pudesse ser feita.

Índice

Índice de Tabelas 3

Lista de Abreviaturas 4

Resumo 5

Abstract 6

Introdução 7

Qualidade de vida 7

Bem-estar subjetivo 9

Humor 11

Sentido de humor e Tipos de humor 11

Humor nos idosos 13

Qualidade de Vida, Bem-estar Subjetivo, Humor e Envelhecimento: que relação? 14

Objetivos e hipóteses 16

Metodologia 18

Participantes 18

Instrumentos 20

Dados sociodemográficos 20

Qualidade de Vida 20

Bem-estar subjetivo (dimensão emocional) 21

Estilos de Humor 22

Procedimentos 22

Recolha de dados 22

Análise de dados 23

Resultados 24

Discussão 41

Limitações do estudo 47

Considerações Finais 48

Referências 49

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Medidas descritivas relativas às variáveis sociodemográficas da amostra 19

Tabela 2 - Resultados do teste de diferenças entre os idosos "Institucionalizados" e os da "Comunidade" ao nível da QDV. 24

Tabela 3 - Resultados do teste de diferenças entre os idosos "Institucionalizados" e os da "Comunidade" ao nível do BES. 25

Tabela 4 - Resultados do teste de diferenças entre os idosos "Institucionalizados" e os da "Comunidade" ao nível dos Estilos de Humor 25

Tabela 5 - Correlações de *Spearman* entre Estilos de Humor e QDV (amostra total) 27

Tabela 6 - Correlações de *Spearman* entre Estilos de Humor e QDV na amostra de idosos institucionalizados 29

Tabela 7 - Correlações de *Spearman* entre Estilos de Humor e QDV na amostra de idosos na comunidade 31

Tabela 8 - Correlações de Pearson entre Estilos de Humor e BES (dimensão emocional) (amostra total) 32

Tabela 9 - Correlações de *Spearman* entre Estilos de Humor e BES (dimensão emocional) na amostra de idosos institucionalizados 35

Tabela 10 - Correlações de *Spearman* entre Estilos de Humor e BES (dimensão emocional) na amostra de idosos na comunidade 37

Tabela 11 - Correlações de Pearson entre QDV e BES (dimensão emocional) (amostra total) 38

Tabela 12 - Correlações de *Spearman* entre QDV e BES (dimensão emocional) na amostra de idosos institucionalizados 39

Tabela 13 - Correlações de *Spearman* entre QDV E BES (dimensão emocional) na amostra de idosos na comunidade 40

Lista de Abreviaturas

BES – Bem-estar Subjetivo

QDV – Qualidade de Vida

OMS – Organização Mundial de Saúde

Resumo

O principal objetivo deste estudo foi analisar o efeito da institucionalização ao nível da perceção do bem-estar subjetivo, da qualidade de vida e no humor em idosos da população portuguesa. Para concretizar o objetivo, procurou-se analisar diferenças entre idosos institucionalizados e aqueles que vivem em comunidade no que se refere à perceção de bem-estar subjetivo (BES), de qualidade de vida (QDV) e no humor, e analisar a relação entre o BES, a QDV e o humor em idosos institucionalizados e aqueles que vivem em comunidade.

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido com uma amostra de 81 participantes, em que 43 se encontram institucionalizado (53.1%) e 38 encontram-se a viver na comunidade (46.9%), com idades compreendidas entre os 65 e 99 anos (*M* = 79.40; *DP* = 8.39), sendo que no grupo dos participantes institucionalizados a média de idades situava-se nos 82.19 anos (*M* = 82.19*;* DP = 9.04) e no grupo de idosos a viver na comunidade a média de idades foi de 76.24 anos (*M* = 76.24; *DP* = 6.39).

Foram utilizados os instrumentos de avaliação da QDV – *WHOQOL-BREF*, do BES (dimensão emocional) *Positive and Negative Affect Schedule* e dos estilos de humor *Comic Styles Markers*, acompanhados de um questionário de caracterização sociodemográfica.

Os resultados obtidos sugerem a existência de diferenças na perceção de QDV, BES e humor em função da institucionalização, sendo os idosos institucionalizados a apresentar pior perceção de QDV, maior experiência de afetos negativos e a recorrer a estilos de humor menos adaptativos.

Verificou-se a existência de associações entre a QDV, BES e humor em idosos institucionalizados e a idosos a viver na comunidade.

Palavras-chave: Idosos; Qualidade de Vida; Bem-estar subjetivo; Humor.

Abstract

The main objective of this study was to analyse the effect of institutionalization on the perception of subjective well-being, quality of life and mood in the elderly of the Portuguese population.

To achieve the objective, we sought to analyse differences between institutionalized and non-institutionalized elderly regarding the perception of subjective well-being, quality of life and mood, and to analyse the relationship between subjective well-being, quality of life and mood in institutionalized and non-institutionalized elderly.

This cross-sectional study was conducted with a sample of 81 participants, in which 43 were institutionalized (53.1%) and 38 were living in the community (46.9%), aged between 65 and 99 years (M = 79.40; SD = 8.39), and in the group of institutionalized participants the average age was 82.19 years (M = 82.19; SD = 9.04) and in the elderly group living in the community the average age was 76.24. years (M = 76.24; SD = 6.39).

The instruments used to assess quality of life - *WHOQOL-BREF*, subjective well-being (emotional dimension), *Positive and Negative Affect Schedule* and humor styles *Comic Styles Markers*, accompanied by a sociodemographic characterization questionnaire.

The obtained results suggest the existence of differences in the perception of quality of life, subjective well-being and mood as a function of institutionalization, with the institutionalized elderly presenting worse perception of quality of life, greater experience of negative affects and resorting to lifestyle styles. less adaptive moods.

There were associations between quality of life, subjective well-being and mood in institutionalized elderly and elderly living in the community.

Keywords: elderly; quality of life; subjective well-being; mood.

Introdução

O processo de envelhecimento é acompanhado de profundas mudanças físicas, psicológicas, emocionais, sociais e cognitivas que podem alterar a forma como o idoso se relaciona consigo, com os outros e com o meio ambiente. Devido a inúmeras perdas que podem conduzir à diminuição da capacidade funcional e da autonomia, é frequente a opção pela institucionalização da pessoa idosa. A institucionalização pode ser acompanhada de dificuldades de adaptação a um contexto que é novo, que dita novas regras e que obriga a lidar com pessoas desconhecidas. Pode desencadear quadros depressivos e exacerbar fragilidades emocionais prévias.

O trabalho aqui apresentado tem por objetivo principal aprofundar o conhecimento sobre o efeito da institucionalização ao nível da perceção do BES, da QDV e no humor em idosos da população portuguesa. Foram definidos objetivos específicos que consistem em analisar diferenças entre idosos institucionalizados e aqueles que vivem em comunidade no que se refere à perceção de BES, de QDV e no humor, e por outro, analisar a relação entre o BES, a QDV e o humor em idosos institucionalizados e aqueles que vivem em comunidade.

O presente trabalho encontra-se dividido em: Enquadramento Teórico (I Parte), Estudo Empírico (II Parte), Discussão e Conclusão.

Do enquadramento teórico faz parte a caracterização das variáveis em estudo – qualidade de vida, bem-estar subjetivo (dimensão emocional) e humor.

Do estudo empírico constam a definição do objeto de estudo e dos objetivos, o Método que inclui a informação sobre os participantes, instrumentos de avaliação que integram o protocolo de recolha de dados e respetiva caracterização, bem como os procedimentos utilizados, seguida da apresentação dos resultados tendo em conta os objetivos inicialmente delineados, com referência aos procedimentos estatísticos utilizados, discussão (análise crítica dos resultados obtidos) e considerações finais com o objetivo de reunir as ideias chave resultantes do estudo.

Qualidade de vida

São inúmeros os estudos que têm abordado e definido o termo QDV ao longo da história e considerando a sua relevância para a literatura científica. Deste modo, o

constructo QDV pode ser definido como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações” (Organização Mundial da Saúde, 1996, p.6). É, assim, um conceito abrangente que incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações e as crenças sociais de cada pessoa (OMS, 1996). A QDV pode ser também considerada como o grau de consciência entre a vida real e as expetativas do individuo (Sampaio, 2007). De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), este é, então, um constructo subjetivo, tendo em conta conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos que a ele se reportam em diversas épocas, espaços e histórias diferentes. Deste modo, o conceito de qualidade de vida é construído socialmente, pelo que existe relatividade cultural face ao mesmo.

Através do estudo da QDV, é possível identificar os fatores que a constituem, destacando os que são mais importantes para determinado individuo ou comunidade; estes fatores podem ser positivos ou negativos (Oliveira, 2006). Os fatores de vida positivos aumentam a QDV dos indivíduos, podendo ser formuladas estratégias para preservá-los ou melhorá-los; para os fatores negativos, podem ser desenvolvidas técnicas para retirá-los ou diminuí-los (Oliveira, 2006).

De forma global, existem dois grandes tipos de QDV que têm entre si uma relação de complementaridade: a qualidade de vida relacionada com a saúde e a que não está relacionada com a saúde (Pimentel, 2003). A literatura diz-nos que a promoção da saúde, tendo em conta as necessidades humanas fundamentais, é considerada a intervenção primordial para potenciar a qualidade de vida (Minayo, et al., 2000). Contudo, a investigação neste domínio aponta que a qualidade de vida que não está relacionada com a saúde abrange quatro domínios: (i) pessoal interno, que envolve as crenças e valores, os desejo e objetivos; (ii) pessoal social, que remete para a situação financeira e a estrutura familiar; (iii) o meio externo envolvente, como por exemplo o clima; e, por fim, (iv) o meio externo social, que compreende as instituições culturais, as escolas, etc., e que devem ser igualmente alvo de atenção (Pimentel, 2003).

Quando nos reportamos à QDV do idoso, o conceito de envelhecimento ativo torna-se incontornável. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o envelhecimento ativo, ou bem-sucedido, como sendo um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança de modo a aumentar a qualidade de vida do indivíduo ao envelhecer (OMS, 2002). Assim, a qualidade de vida é um dos indicadores presentes no modelo de envelhecimento ativo, sendo que à medida que as

pessoas envelhecem, a qualidade de vida, é determinada pela capacidade de manter a autonomia e a independência (Llobet, Ávila, Farràs, & Canut, 2011).

Para Llobet e colaboradores (2011) e Neri (2003) definir o termo QDV no envelhecimento não é fácil, pois tanto o envelhecimento como a qualidade de vida são conceitos dependentes do espaço temporal. O conceito de QDV no envelhecimento está intimamente relacionado com a existência de condições ambientais que possibilitem às pessoas idosas desempenhar comportamentos adaptativos (Neri, 2003). Segundo Hortelão (2003), a QDV que um idoso experiencia estará também intimamente relacionada à conjugação entre a falta de doença, o suporte social e o seu bom funcionamento físico e cognitivo.

O estudo de Llobet e colaboradores (2011) concluiu que as pessoas idosas consideram relevantes diferentes fatores ao avaliarem a sua qualidade de vida, tais como: saúde, autonomia, fatores psicológicos, ambiente adequado, fatores sociais, situação económica e a dignidade.

Sendo estes fatores variáveis de contexto para contexto (com a conotação subjetiva inerente ao conceito de qualidade de vida), torna-se premente explorá-los para melhor conhecer o impacto de cada um nos diferentes contextos em que se encontram os idosos portugueses. Assim, o estudo da QDV em idosos institucionalizados e naqueles que se encontram em comunidade torna-se relevante para o conhecimento das condições de vida, estilos de vida e necessidades dos idosos da população portuguesa, levando à emergência de diferentes estratégias para, de forma diferenciada para ambos os contextos, promover fatores que enaltecem a sua qualidade de vida diminuindo o impacto daqueles que a mitigam.

Bem-estar Subjetivo

Associado ao termo QDV, surge o conceito de bem-estar subjetivo (BES). Este é um constructo complexo, que encerra em si uma dimensão cognitiva e outra afetiva, englobando emoções negativas e emoções positivas (Ribeiro & Galinha, 2005). Tem sido estudado desde o tempo de Sócrates, Platão e Aristóteles, onde era dada maior importância a uma vida prazerosa e satisfatória (Diener, Lucas & Oishi, 2009; Duckworth, Steen & Seligman, 2005).

Diener (1984), um dos principais investigadores do BES, definiu este conceito como multidimensional, constituído por três componentes independentes: a presença de afeto positivo; baixa presença de afeto negativo; e avaliação cognitiva individual sobre

as circunstâncias da vida, como sendo uma avaliação que as pessoas fazem sobre as suas vidas (Deci & Ryan, 2008; Diener et al., 2009; Diener, Sapyta, & Suh, 1998; Galinha, 2008; Ribeiro & Galinha, 2005). O BES englobaria, assim, uma avaliação que o individuo efetua, que pode ser negativa ou positiva (incluindo julgamentos e sentimentos subjetivos), acerca da sua própria vida (Diener, 2000; Diener & Ryan, 2009). A avaliação incidiria sobre domínios como a satisfação com o trabalho, com a saúde e com os relacionamentos, entre outros (Diener & Ryan, 2009).

Por outro lado, Veenhoven (1984) descreve o bem-estar subjetivo como o grau com que o indivíduo caracteriza a qualidade de vida, como um todo, de forma benéfica.

Desta forma, o BES parece ser um conceito resultante de uma perspetiva hedónica, encontrando-se relacionado com a maneira como as pessoas avaliam a qualidade e a satisfação, com os seus contextos e circunstâncias de vida (Novo, 2003).

Recentemente, têm sido elaborados estudos que avaliam o impacto da componente emocional no BES. De forma global, a literatura sugere que a dimensão emocional deve ser considerada a par da dimensão cognitiva do bem-estar, assim como a influência de eventos de vida e traços de personalidade de cada indivíduo (Strack et al., 1991; Woyciekoski, Natividade, & Hutz, 2014).

A literatura tem também apontado para o BES como um indicador importante na avaliação da QDV em idosos (Eid & Larsen, 2008; Peterson, Chatters, Taylor & Nguyen, 2014; Poon & Cohen-Mansfield, 2011; Tian, 2014). Segundo Yeh e Lo (2004) e Xiao et al. (2014), uma quantidade significativa de idosos revela estar satisfeitos com o estado do seu envelhecimento, apesar da existência de doenças físicas e de detrimento cognitivo – assumindo-se a importância de considerar outros fatores impactantes no BES e QDV desta população, bem como o espaço temporal. Por exemplo, Wang (2014) verificou que a dimensão da rede social e o suporte social percebido estavam positivamente relacionados com o bem-estar subjetivo em idosos. Ademais, fatores relacionados com um bem-estar subjetivo inferior em idosos, nomeadamente o sentimento de fragilidade relacionada com perdas emocionais (como o sentirem-se abandonados, sentir falta de pessoas queridas, e falta de participação em atividades orientadas para aspetos sociais) contribuem para um menor bem-estar subjetivo (Kahlbaugh & Huffman, 2016; Simone & Haas, 2013).

No que concerne à trajetória temporal do BES no envelhecimento, a investigação parece produzir resultados inconsistentes. Por um lado, existem estudos que demonstram um declínio na satisfação com a vida (um indicador de bem-estar subjetivo) ao longo do

tempo, após os 65 anos; por outro lado, existe literatura que sugere que a satisfação com a vida e outros indicadores de bem-estar subjetivo como a felicidade permanecem estáveis ao longo do ciclo de vida (Bishop & Martin, 2011; Carmel, 2011; Carmel, Shrira, & Shmotkin, 2013; George, 2010; Gerstorf et al., 2010).

O contexto de vida do idoso é também um fator determinante no seu BES. A literatura aponta que, de forma geral, idosos que se encontram institucionalizados apresentam sintomas depressivos (e.g., Damián et al., 2010; Jerez-Roig et al., 2016; Vicente et al., 2014) e de ansiedade (e.g., Creighton et al., 2016; Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva, & Santo, 2015), sentimentos de solidão (e.g., Costa et al., 2013; Desai et al., 2016; Vicente et al., 2014) e níveis mais baixos de satisfação com a vida (Pardal et al., 2013). Deste modo, a institucionalização de idosos pode constituir-se como um fator de vulnerabilidade (Espírito-Santo & Daniel, 2018), contribuindo para um menor bem-estar subjetivo. Assim, justifica-se a pertinência do desenvolvimento de estratégias que possam, em ambiente de institucionalização, mitigar fatores que levem a uma diminuição do BES.

Humor

O humor é definido como um estímulo que, como o termo indica, induz os indivíduos a atingirem um estado de felicidade ou alegria. Envolve aspetos cognitivos, emocionais, comportamentais, psicofisiológicos e sociais, e aquilo que se espera do humor é que este promova e provoque alterações no estado mental e físico de um sujeito, isto é, que promova uma resposta humorística (Bennett & Lengacher, 2006).

Por outro lado, o sentido de humor varia consideravelmente de sujeito para sujeito, permitindo responder a diferentes tipos de estímulos humorísticos; desta abrangência deriva uma conceptualização generalista do termo “humor” (Bennett & Lengacher, 2006).

Sentido de humor e tipos de humor

Para Martin e colaboradores (2003, cit Ruch & Heintz, 2016), existem diferentes tipos de humor, associados à forma como este é transmitido, ou como os comportamentos humorísticos são demonstrados, enquanto que o sentido de humor ou os estilos de humor estão associados a traços de personalidade, que refletem tendências comportamentais (Buss & Finn, 1987, cit. Ruch & Heintz, 2016). O sentido de humor ou estilos de humor

são descritos como as diferenças individuais e habituais na utilização do tipo de humor, enquanto que os tipos de humor se referem à forma como o humor é exposto e percebido num determinado momento (Martin, Friedman, Tucker, Tomlinson-Keasey, Criqui, & Schwartz, 2003; Ruch & Heintz, 2016).

Partindo desta perspetiva conceptual de Martin e colaboradores (2003, cit. Ruch & Heintz, 2016) são definidos quatro estilos de humor ou sentidos de humor:

a) Humor afiliativo – ligado às brincadeiras espirituosas para divertir e facilitar os relacionamentos, por exemplo, expor a situação de outra pessoa de forma positiva. Este estilo está associado a emoções positivas e maior satisfação relacional.

b) Humor autorreforçador – associado ao uso do humor enquanto estratégia de *coping*, assumindo, assim, uma dimensão mais intrapessoal do que o estilo afiliativo.

c) Humor agressivo – ligado a expressões depreciativas, sem consideração pelo seu impacto nos outros, assumindo contornos como o sarcasmo ou a hostilidade. O Humor Negro é um bom exemplo de humor agressivo.

d) Humor autodesafiante – ligado às brincadeiras que atacam o próprio *self*, por exemplo expor a sua situação de forma negativa – estando, assim, ligado a sentimentos de desvalorização pessoal (Pitchanut & Viriya, 2015; Ruch & Heintz, 2016).

Martin e colaboradores (2003) consideram que os dois primeiros estilos seriam potencialmente benéficos a nível relacional, no que refere ao bem-estar emocional, enquanto os dois últimos seriam potencialmente prejudiciais (Kuiper, Grimshaw, Leite, & Kirsh, 2004; Martin et al., 2003). Assim, os primeiros estilos de humor, mais benéficos, estarão associados a traços de personalidade mais desejáveis (como ser-se otimista); já os segundos estilos de humor, tendencialmente depreciativos, estarão associados a maiores níveis de hostilidade, depressão e ansiedade (Dyck & Holtzman, 2013).

Quanto aos tipos de humor, destacam-se oito tipos de comédia, que foram desenvolvidos através de descrições de Schmidt (1963, cit. Ruch & Heintz, 2016) sobre tipos ou estilos cómicos, para desenvolver a *Comic Styles Rating Form*: a diversão, o humor (no sentido estrito de humor benevolente), o absurdo, a sagacidade, a ironia, a sátira, o sarcasmo e o cinismo. Para distinguir entre esses oito tipos de comédia, Schmidt Hidding (1963, cit. Ruch & Heintz, 2016) apresentou um modelo, em que os tipos de

comédia seriam analisados consoante: (a) intenção e objetivo associados a cada tipo de humor, (b) o objeto ou tema do tipo, (c) a atitude da pessoa que demonstra o tipo, (d) os comportamentos da pessoa em relação a outras pessoas, (e) o público ideal, (f) o método ou procedimento de demonstrar o tipo cómico, e (g) peculiaridades linguísticas.

Atualmente, de acordo com Pitchanut e Viriya (2015), distinguem-se os seguintes tipos de humor: a comparação (comparação de dois elementos/objetos), a personificação (atribuição de características humanas a animais, plantas e objetos), o exagero (exacerbamento de algo fora da sua proporção), o "trocadilho" (usam-se elementos da linguagem para criar novos significados, como um neologismo, que resultam em humor), o sarcasmo (respostas ou situações irónicas e flagrantes) o absurdo (gozo com situações ridículas) e a surpresa (humor que surge pela sua imprevisibilidade).

Embora existam vários tipos e estilos de humor, a função do humor é sempre a mesma: atenuar as angústias, rindo das mesmas. O humor é, portanto, uma ferramenta que permite superar as imperfeições da vida e da condição da existência humana. É um fator essencial quanto ao bem-estar de todas as idades: estimula e produz o riso, o que, por sua vez, liberta ansiedade, tensão e energia, permitindo a expressão de ideias e sentimentos de forma mais livre e espontânea.

O humor e o riso também podem beneficiar a fisionomia de um sujeito, pois exercitam o coração e os pulmões, estimulam o sistema circulatório e diminuem a pressão arterial (Tennant, 1990). Assim, o humor pode ser um fator significativo relacionado com o bem-estar e qualidade de vida.

Humor nos idosos

O sentido de humor é relativamente estável durante todo o ciclo de vida. Contudo, os idosos parecem ser mais bem-dispostos do que as populações mais jovens, ainda que se riam menos e menos facilmente (Proyer, Ruch, & Müller, 2010).

Greengross (2014) concluiu que, embora a degeneração dos processos cognitivos impeça que a população mais idosa compreenda a diversidade e complexidade dos vários tipos de humor, esta população experiencia e vivencia o humor mais do que as populações mais jovens, talvez porque, mesmo que haja detrimento cognitivo, as respostas afetivas permanecem intactas ou mesmo aprimoradas. De facto, as áreas cerebrais responsáveis pelo julgamento social parecem permanecer intactas e até melhorar com o envelhecimento (Happe et al., 1998, cit in Shammi & Stuss, 2003). Outra explicação é que os idosos parecem gostar menos de alguns tipos de humor, como o tipo de humor

agressivo; são mais sensíveis ao humor relacionado com o envelhecimento. Ademais, o humor assume uma estratégia de *coping* mais importante e adaptativa nos idosos do que em populações mais jovens (Greengross, 2014). É possível que tal se deva a uma lenta degradação no funcionamento do lobo frontal que, ao reduzir as capacidades cognitivas, influencia a produção de humor, enquanto que a perceção e prazer do humor permanece mais ou menos intacta (Mak & Carpenter, 2007; Shammi & Stuss, 2003).

McGhee (1996) refere que, com o detrimento cognitivo no idoso, pode existir uma redescoberta do "brincar", e esta redescoberta é essencial na melhoria e ativação do sentido de humor. Fala-se, por este motivo, do princípio da congruência cognitiva, isto é, de uma correlação entre o sentido de humor e as alterações cognitivas que acompanham o passar dos anos (McGhee, 1976). Ainda assim, parecem existir outros fatores mais relevantes e justificativos do fenómeno do sentido de humor ser mais aprimorado na idade da velhice, como a reforma dos idosos (Proyer et al., 2010).

O envelhecimento aumenta também a sensibilidade para com o sentido de humor das outras pessoas, bem como o medo de ser ridicularizado. Para além disso, o humor pode atrasar a degradação cognitiva associada ao envelhecimento (Ball et al., 2002; Wilson, et al., 2002). Neste sentido, Bowling e Dieppe (2005), questionaram um grupo de idosos acerca do que constituiria um envelhecimento bem-sucedido; estes participantes referiram o sentido de humor como um dos fatores que o carateriza.

Qualidade de Vida, Bem-estar Subjetivo, Humor e Envelhecimento: que relação?

Estes três conceitos estão, no senso comum, interligados, sendo muitas vezes confundidos. A literatura espelha algumas relações entre estes constructos, na população em geral e na população envelhecida.

No que concerne ao BES e ao envelhecimento, Llobet e colaboradores (2011) referem que um nível elevado de BES está associado a uma maior satisfação com a vida, e a uma experiência da mesma de forma mais positiva. Desta forma, um indivíduo com um nível de BES alto demonstra maior satisfação com a vida, e um sujeito com um nível e BES baixo demonstrará, pelo contrário, maior insatisfação com a vida. Sendo o envelhecimento uma fase do ciclo vital associada a diversas perdas (vitais e funcionais), acredita-se que as mesmas influenciarão a perceção elevada ou baixa de QDV ao longo do processo de envelhecimento (Paúl, Teixeira, & Ribeiro, 2012).

Por outro lado, quando falamos de humor, a investigação tem mostrado que estilos de humor adaptativos e mal adaptativos apresentam associações opostas com várias

medidas de saúde mental (Kuiper et al., 2004; Martin, 2007). Humor afiliativo e autoaprimorado estão positivamente correlacionados com indicadores positivos de saúde mental, como bem-estar psicológico, autoestima e otimismo (e.g. Kazarian & Martin, 2006; Martin et al., 2003), e negativamente correlacionados com medidas de depressão (Erickson & Feldstein, 2007; Hugelshofer, Kwon, Reff & Olson, 2006), ansiedade (Bilge & Saltuk, 2007) e solidão (Hampes, 2005).

Jovanovic (2011) realizou um estudo com 225 jovens adultos e verificou que os estilos de humor adaptativos (afiliativo e autoaprimorado) estavam relacionados com um bem-estar afetivo superior, ao passo que os estilos de humor maladaptativos (agressivo e autodestrutivo) estavam associados com bem-estar afetivo inferior. O bem-estar afetivo constituiria, assim, medida da dimensão emocional do bem-estar subjetivo.

Por sua vez, Ruch e Heintz (2013) verificaram que os estilos de humor afiliativo, autoaprimorado e autodestrutivo eram preditores do bem-estar, operacionalizado em indicadores como a satisfação com a vida, afeto positivo, afeto negativo, autoestima, otimismo e depressão (ainda que o efeito fosse fraco, quando controlada a personalidade).

Martin (2003) sugere ainda que diferentes estilos de humor têm diferentes influências na qualidade das relações sociais; tal impactaria a saúde e a perceção de bem-estar. Assim, estando o humor positivo/adaptativo associado com mais afeto positivo (Herzog & Strevey, 2008), emoções positivas como o amor, alegria, esperança, terão um impacto também positivo na saúde física (Fredrickson, 2001). Para além disso, o riso provocado por estados positivos de humor está associado a uma maior tolerância à dor, graças às mudanças fisiológicas que despoleta (Dunbar et al., 2012). Este tipo de humor estaria também associado com um aumento do suporte social (Martin, 2007).

As dimensões que compõem o BES e a QDV (sejam elas cognitivas, emocionais ou mesmo situacionais) interferem com o processo de envelhecimento. Sendo este um processo pautado por alterações fisiológicas, ameaças à integridade e ainda perdas (Paúl et al., 2012), torna-se premente compreender de que modo aquelas dimensões impactam num envelhecimento ativo ou bem-sucedido.

Paúl, Teixeira e Ribeiro (2012) debruçaram-se sobre este tema, avaliando os componentes determinantes para o envelhecimento bem-sucedido. Os investigadores concluíram que a saúde é o fator principal associado ao envelhecimento ativo. Esta componente inclui a autoperceção de saúde, o número de diagnósticos de doenças, o nível de funcionalidade e o estilo de vida. O segundo fator impactante no envelhecimento ativo é o psicológico, que inclui o afeto negativo (*stress* psicológico, solidão e neuroticismo) e

o afeto positivo (felicidade, qualidade de vida e otimismo). Estas conclusões indicam-nos que, por um lado, as perdas de funcionalidade, a alteração do estilo de vida e a presença de doenças impactam significativamente o processo de envelhecimento; por outro lado, os resultados também nos indicam que as características psicossociais do indivíduo têm um papel fundamental no processo de envelhecimento bem-sucedido.

Ganz e Jacobs (2014), ao analisarem o impacto de um workshop de terapia de humor na saúde física e mental de um grupo de idosos, verificaram que existe um efeito positivo deste tipo de terapias, nomeadamente no que concerne à saúde mental. Por outro lado, Celso, Ebener e Burkhead (2003) encontraram uma relação positiva entre o estado de saúde e o *coping* através do humor e a satisfação com a vida, em idosos institucionalizados. Deste modo, intervenções que utilizam o humor como estratégia central parecem ter um impacto positivo na população envelhecida, incrementando a saúde mental e também a sua própria satisfação com a vida.

Dado o impacto do bem-estar subjetivo, qualidade de vida e o humor no processo de envelhecimento de idosos, tanto institucionalizados como os que vivem no seio da sua comunidade, torna-se essencial compreender o impacto destas variáveis no processo de envelhecimento. Mais concretamente, é premente perceber se o contexto de habitação em que se encontram estes idosos (em comunidade *versus* institucionalizados) impactará também a forma como tais variáveis se expressam no processo de envelhecimento.

Objetivos e hipóteses

Objetivo Geral

De forma global, este estudo pretende analisar o efeito da institucionalização ao nível do bem-estar subjetivo, qualidade de vida e humor em idosos da população portuguesa.

Objetivos específicos

Como objetivos específicos, este estudo pretende:

i) Analisar diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados em termos de bem-estar subjetivo, qualidade de vida e humor;

ii) Analisar a relação entre o bem-estar subjetivo, a qualidade de vida e o humor em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Hipóteses

Considerando a revisão de literatura realizada, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1 - existem diferenças na perceção de bem-estar subjetivo, de qualidade de vida e no humor entre idosos institucionalizados e idosos a viver na comunidade;

H2 - existe uma relação positiva entre a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo;

H3 - existem correlações positivas entre a qualidade de vida e os estilos de humor;

H4 - existem correlações positivas entre os estilos de humor e o bem-estar subjetivo.

Metodologia

O presente estudo, de acordo com a tipologia de Montero e Léon (2007), é do tipo *ex post facto* prospetivo, atendendo a que os participantes foram agrupados em função da variável independente institucionalização e, posteriormente, os grupos foram comparados nas várias variáveis dependentes em estudo.

Participantes

A amostra é composta por 81 participantes (n = 81), sendo que 43 dos participantes se encontra institucionalizado (53.1%) e 38 encontram-se a viver em comunidade (46.9%). Os critérios de inclusão definidos foram: (i) ter idade igual ou superior a 65 anos, (ii) não apresentar diagnóstico de quadro demencial, (iii) residir de forma integral numa instituição/lar (apenas para a amostra de idosos institucionalizados) e (iv) residir em casa, mas podendo estar integrado em Centro de Dia ou Universidade Sénior (apenas para a amostra de idosos a viver em comunidade).

No que diz respeito aos idosos institucionalizados, para a realização deste estudo, foram contactadas as instituições mais próximas, apresentado o projeto e solicitada a participação da instituição. Antes da participação de cada idoso foi passado um consentimento informado.

Antes da recolha de dados, a investigadora reuniu com os técnicos, nomeadamente psicólogos, da instituição, no sentido de garantir que os idosos que participariam no estudo não apresentavam um quadro demencial.

Participaram neste estudo indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e 99 anos (M = 79.40; DP = 8.39), sendo que no grupo dos participantes institucionalizados a média de idades situava-se nos 82.19 anos (M = 82.19; DP = 9.04) e no grupo de idosos a viver na comunidade a média de idades foi de 76.24 anos (M = 76.24; DP = 6.39).

A Tabela 1 apresenta as medidas descritivas relativas a variáveis sociodemográficas da amostra total, bem como dos dois grupos de idosos, institucionalizados e a viver em comunidade.

Tabela 1

Medidas descritivas relativas a variáveis sociodemográficas da amostra

	Amostra total *n* (%)	Idosos institucionalizados *n* (%)	Idosos em comunidade *n* (%)
Sexo			
Masculino	21 (25.9)		6 (15.8)
Feminino	60 (74.1)		32 (84.2)
Estado Civil			
Solteiro	10 (12.3)	6 (14.0)	4 (10.5)
Casado/União de facto	16 (19.8)	7 (16.3)	9 (23.7)
Divorciado/separado	2 (2.5)	2 (4.7)	0 (0.0)
Viúvo	52 (64.2)	27 (62.8)	25 (65.8)
Omissos	1 (1.2)	1 (2.3)	0 (0.0)
Escolaridade			
1º Ciclo	72 (88.9)	40 (93.0)	32 (84.2)
2º Ciclo	4 (4.9)	2 (4.7)	2 (5.3)
3º Ciclo	2 (2.5)	1 (2.3)	1 (2.6)
Ensino secundário	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (2.6)
Licenciatura	2 (2.5)	0 (0.0)	2 (5.3)
Rendimento médio mensal			
< 500	41 (50.6)	17 (39.5)	24 (63.2)
501-900	34 (42.0)	22 (51.2)	12 (31.6)
901-1299	5 (6.2)	4 (9.3)	1 (2.6)
Omissos	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (2.6)

No que diz respeito à distribuição dos indivíduos em função do sexo, verifica-se que a amostra recolhida é maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino (74.1%).

O estado civil dos idosos recai, sobretudo, sobre a categoria viúvo (64.2%), sendo a distribuição semelhante para os idosos institucionalizados (62.8%) e para os idosos a viver em comunidade (65.8%).

A grande maioria da amostra, ou seja, 72 idosos completaram o 1º ciclo do ensino básico (88.9%), pertencendo 40 ao grupo dos institucionalizados e 32 ao grupo dos idosos a viver em comunidade.

Relativamente ao rendimento médio mensal, verifica-se que 41 participantes, ou seja, cerca de metade da amostra (50.6%), aufere um valor abaixo dos 500 euros mensais, seguidos de 34 idosos (42.0%) que auferem entre 501 e 900 euros mensais e de apenas 5 idosos (6.2%) que auferem entre 901 e 1299 euros mensais.

Instrumentos

Dados Sociodemográficos

No sentido de se obter informação relativa a variáveis sociodemográficas que permitissem caraterizar a amostra, foi elaborado, para o presente estudo, um questionário sociodemográfico. Este questionário compreende questões relativas à idade dos participantes, sexo, ano de escolaridade e estado civil, bem como uma questão relacionada com o rendimento médio mensal. Outra das questões diz respeito ao contexto em que os participantes vivem, permitindo agrupar a amostra em "idosos institucionalizados" *vs* "idosos em comunidade", o que constitui uma variável importante deste estudo.

Qualidade de vida

Para avaliar a perceção de QDV dos participantes foi utilizada a versão portuguesa do Instrumento Abreviado de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) (Canavarro et al., 2007). Este instrumento é constituído por 26 itens: dois itens são relativos à perceção geral de QDV e saúde, e os outros 24 correspondem às facetas específicas que compõem o instrumento original, respondidas numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1 – "Muito insatisfeito", 2 – "Insatisfeito", 3 – "Nem satisfeito nem insatisfeito", 4 – "Satisfeito", 5 – "Muito satisfeito"). Estas 24 questões estão organizadas em quatro domínios de qualidade de vida: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. Para além destes quatro domínios, este instrumento possibilita calcular um valor global de QDV. O domínio Físico é constituído pelas seguintes seis facetas: "dor e desconforto", "energia e fadiga", "sono e repouso", "atividades de vida cotidiana", "dependência de medicação ou tratamentos" e "capacidade de trabalho". No domínio Psicológico enquadram-se as facetas: "sentimentos positivos", "pensar,

aprender, memória, concentração", "autoestima", "imagem corporal e aparência", "sentimentos negativos" e "espiritualidade, religião e crenças pessoais". O domínio Relações Sociais compreende as facetas: "relações pessoais", "suporte (apoio) social" e "atividade sexual". Por último, no domínio Ambiente encontram-se as facetas: "segurança física e proteção", "ambiente no lar", "recursos financeiros", "cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade de vida", "oportunidades de adquirir novas informações e habilidades", "participação em, e oportunidades de recreação/lazer", "ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima" e "transportes" (WHO, 1996). O total da soma dos vários domínios resulta no "Índice de bem-estar não afetivo". No que se refere às características psicométricas do instrumento, este apresentou valores adequados de consistência interna, obtidos através da análise do coeficiente alfa de Cronbach: domínio Físico ($\alpha = .87$), domínio Psicológico ($\alpha = .84$), domínio Relações Sociais ($\alpha = .64$) e, por fim, domínio Ambiente ($\alpha = .78$) (Vaz-Serra et al., 2006).

Bem-estar subjetivo (dimensão emocional)

Para avalisar a dimensão emocional do BES, foi utilizado o instrumento de avaliação *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS II; versão portuguesa de Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Este instrumento compõe-se de duas subescalas com 10 itens cada, que constituem uma lista de descritores de emoções positivas e negativas, utilizados para avaliar o afeto positivo e o afeto negativo. O afeto positivo é avaliado através dos seguintes descritores de emoções positivas: interessado, entusiasmado, excitado, inspirado, determinado, orgulhoso, ativo, encantado, caloroso e agradavelmente surpreendido, enquanto o afeto negativo é avaliado pelos descritores de emoções negativas que se seguem: perturbado, atormentado, amedrontado, assustado, nervoso, trémulo, remorsos, culpado, irritado e repulsa. O instrumento permite-nos também calcular o "Índice de Felicidade" que consiste numa subtração em que se retira o valor de afeto negativo ao positivo. Também nos permite calcular o "Índice de Bem-estar total" quando somamos o "Índice de Felicidade" ao "Índice de Bem-estar não afetivo" obtido no questionário de qualidade de vida. Os itens são respondidos numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1 = "Nada ou muito ligeiramente"; 2 = "Um pouco"; 3 = "Moderadamente"; 4 = "Bastante"; 5 = "Extremamente"). Relativamente às características psicométricas da versão portuguesa, a escala revelou uma boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach .86 para a escala de afeto positivo e de $\alpha = .89$

para a escala de afeto negativo. De forma semelhante à escala original, a correlação entre a escala de afeto positivo e de afeto negativo situou-se perto do zero (r = -0.10), determinando a ortogonalidade entre as subescalas de afeto positivo e negativo (Galinha & Pais Ribeiro, 2005).

Estilos de Humor

O Comic Styles Markers (CSM; Ruch & Heintz, 2016) é um questionário de autorrelato que, na sua versão revista tem 48 itens, e que procura capturar os oito tipos de estilos cómicos de humor identificados pelos autores. Assim, é composto por oito subescalas, cada uma correspondente a um estilo cómico de humor: Diversão, Humor, Disparate, Perspicácia, Ironia, Sátira, Sarcasmo e Cinismo. Os itens são respondidos numa escala de tipo *Likert* de sete pontos (1 = "Discordo Fortemente"; 2 = "Discordo"; 3 = "Discordo Ligeiramente"; 4 = "Nem Discordo Nem Concordo"; 5 = "Concordo Ligeiramente"; 6 = "Concordo" e 7 = "Concordo Fortemente"). Na sua versão original, o questionário apresentou uma consistência interna que varia entre .66 e .89, sendo que a maior parte dos estilos se encontravam acima de .80 indicando, assim, uma boa consistência interna (Ruch & Heintz, 2016).

Procedimentos

Recolha de dados

A recolha de dados decorreu entre os meses de março e junho de 2019. No que diz respeito à amostra de idosos institucionalizados constituída para este estudo, foram contactadas várias instituições dos distritos de Viseu e Guarda, seguindo-se uma apresentação do projeto junto daquelas que manifestaram interesse em participar e, posteriormente, solicitado o consentimento informado para participação da instituição. Para além do consentimento informado recolhido junto da direção da instituição, também todos os participantes preencheram e assinaram uma declaração de consentimento informado onde era explícita a possibilidade de desistência, a qualquer momento, do estudo e salvaguardado o anonimato e confidencialidade relativa aos dados recolhidos. Antes de se avançar com a recolha de dados e, no sentido de garantir que os idosos que participariam no estudo não apresentavam um quadro demencial, a investigadora reuniu com técnicos da instituição, nomeadamente psicólogos. Quanto à amostra de idosos a

viver na comunidade, esta foi constituída através de contatos com uma Universidade Sénior e Centros de Dia, nos mesmos distritos de Viseu e Guarda. Estes participantes preencheram e assinaram também a declaração de consentimento informado, nos mesmos moldes já mencionados para a amostra de idosos institucionalizados. Também para estes participantes se garantiu que não apresentavam quadro demencial, recorrendo a técnicos que com eles lidam para garantir este critério.

Análise de dados

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 25). A análise estatística dos dados compreendeu inicialmente a análise descritiva das variáveis em estudo. Posteriormente, procedeu-se à análise do pressuposto da normalidade das distribuições para se decidir pela condução de estatística paramétrica ou não paramétrica. A normalidade das distribuições não foi assegurada pelo que se conduziu estatística não paramétrica, mas também o teste paramétrico equivalente. Nos casos em que os resultados dos dois tipos de estatística foram semelhantes, optou-se por reportar os valores dos testes paramétricos dado serem mais robustos (Fife-Schaw, 2006). Para o estudo das diferenças em função do contexto de vida (instituição *vs* comunidade), tendo em conta as variáveis sociodemográficas, foi utilizado o teste de Mann-Whitney e o Teste t de *Student*. Para as análises correlacionais foram utilizados os coeficientes de correlação de *Pearson* e *Spearman* para quantificar a força e direção da associação entre as diferentes variáveis.

Resultados

Iniciamos este capítulo pela apresentação dos resultados respeitantes à consistência interna do questionário CSM, atendendo a que não foi possível ter acesso aos dados de validação do mesmo para a população portuguesa. A consistência interna foi estudada através do índice de *Alpha* de *Cronbach* que se revelou excelente ($\alpha = .969$).

Diferenças entre idosos institucionalizados *vs* na comunidade ao nível da qualidade de vida

Na tabela 2 são apresentados os resultados do teste *t* de *Student* para duas amostras independentes que se conduziu para avaliar diferenças entre os grupos ao nível da variável qualidade de vida, nos seus vários domínios.

Tabela 2: Resultados do teste de diferenças entre os idosos "Institucionalizados" e os da "Comunidade" ao nível da QDV

QDV	Institucionalizados (n = 43) *Média* (*DP*)	Comunidade (n = 38) *Média* (*DP*)	t (79)
Físico	3.07 (0.46)	3.37 (0.42)	3.04**
Psicológico	3.64 (0.45)	3.72 (0.39)	0.93
Relações Sociais	3.71 (0.45)	3.80 (0.48)	0.83
Ambiente	3.55 (0.30)	3.72 (0.39)	2.24*
Bem-estar não afetivo	3.49 (0.32)	3.65 (0.31)	2.30*
Bem-estar total	2.34 (0.61)	2.64 (0.60)	2.20*

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$

Verifica-se que os idosos que vivem na comunidade reportam valores de QDV no domínio físico significativamente mais elevados que os idosos institucionalizados, t (79) = 3.04, p = .003. No mesmo sentido, os idosos que vivem na comunidade relatam valores significativamente mais elevados no domínio ambiental da variável QDV do que os idosos institucionalizados, t (79) = 2.24, p = .028. Existem também diferenças significativas ao nível do bem-estar não afetivo, com os idosos que vivem na comunidade a reportarem valores mais elevados de bem-estar não afetivo, t (79) = 2.30, p = .024.

No mesmo sentido, os idosos que vivem na comunidade reportam valores de bem-estar total mais elevados do que os idosos que vivem em instituições, t (79) = 2.20, p = .031.

Diferenças entre idosos institucionalizados *vs* na comunidade ao nível do BES

Foi conduzido também um teste de diferenças para avaliar a diferença ao nível do BES entre as duas amostras em estudo. A tabela 3 que se segue apresenta os resultados relativos ao teste *t*.

Tabela 3: Resultados do teste de diferenças entre os idosos "Institucionalizados" e os da "Comunidade" ao nível do Bem-estar subjetivo

Bem-estar subjetivo	Institucionalizados (n = 43) *Média* (*DP*)	Comunidade (n = 38) *Média* (*DP*)	t (79)
Afeto Positivo	2.97 (0.93)	3.21 (1.03)	1.10
Afeto Negativo	1.78 (0.65)	1.58 (0.63)	-1.35
Índice de Felicidade	1.19 (1.01)	1.62 (1.04)	1.90^{+}

^{+}p <.10

Foi encontrada uma diferença marginalmente significativa ao nível do Índice de Felicidade, com os idosos a viver na comunidade a pontuar mais alto neste índice de felicidade do que os idosos que se encontram institucionalizados, t (79) = 1.90, p = .061.

Diferenças entre idosos institucionalizados *vs* na comunidade ao nível dos Estilos de Humor

Para testar as diferenças entre as duas amostras no que refere aos estilos de humor conduziu-se também um teste t de *Student* para duas amostras independentes.

Estes resultados são apresentados na tabela 4.

Tabela 4: Resultados do teste de diferenças entre os idosos "Institucionalizados" e os da "Comunidade" ao nível dos Estilos de Humor

Estilos de Humor	Institucionalizados (n = 43) *Média* (*DP*)	Comunidade (n = 38) *Média* (*DP*)	t (79)
Diversão	4.29 (1.51)	3.91 (1.71)	-1.06
Humor	4.40 (1.01)	3.90 (1.80)	-1.50
Disparate	3.75 (1.34)	3.30 (1.48)	-1.44
Perspicácia	4.56 (1.22)	3.97 (1.66)	-1.80
Ironia	4.08 (1.18)	3.30 (1.16)	-3.00**
Sátira	4.17 (1.18)	3.10 (1.35)	-3.83***
Sarcasmo	3.29 (0.99)	2.68 (1.16)	-2.57**
Cinismo	3.51 (1.16)	2.61 (1.01)	-3.72***

**p <.01; ***p < .001

Verifica-se que os idosos institucionalizados apresentam valores significativamente mais elevados ao nível do estilo de humor Ironia do que os idosos a viver na comunidade, t (79) = -3.00, $p < .05$. Também ao nível do estilo de humor Sátira, os idosos institucionalizados pontuam significativamente mais elevado do que os idosos na comunidade, t (79) = -3.83, $p < .001$. No que respeita ao estilo de humor Sarcasmo, os idosos que vivem em instituições também apresentam valores significativamente mais elevados do que os idosos que vivem na comunidade, t (79) = -2.57, $p < .05$. Por fim, os idosos a viver em instituições, pontuam com valores significativamente mais elevados ao nível do estilo de humor Cinismo do que os idosos que vivem na comunidade, t (79) = -3.72, $p < .001$.

Correlação entre Estilos de Humor e Qualidade de Vida para a amostra total

Na tabela que se segue (tabela 5) apresentam-se os resultados das análises de correlação entre as várias dimensões dos estilos de humor e as dimensões da QDV, para a amostra total. Verifica-se que o estilo de humor "Diversão" apresenta uma correlação significativa, positiva e muito fraca com a dimensão "Relações Sociais" da variável QDV r_s = .23, p = .041. O estilo de humor "Diversão" aparece também positivamente correlacionado, de forma significativa e muito fraca, com o "Índice de bem-estar total", r_s = .23, p = .012. O estilo de humor "Perspicácia" apresenta também uma correlação significativa, positiva e muito fraca com a dimensão "Relações Sociais" da variável QDV r_s = .28, p = .010.

Tabela 5: Correlações de *Spearman* entre Estilos de Humor e Qualidade de Vida (amostra total)

	1	2	3	4	5	6	7	8	QVF	QVP	QVRS	QVA	BENA	BET
1.Diversão	1	.82***	.72***	.84***	.72***	.67***	.66***	.53***	.16	.12	.23*	.18	.21	.28*
2.Humor		1	.76***	.84***	.73***	.82***	.68***	.65***	.10	.02	.18	.20	.17	.11
3.Disparate			1	.73***	.73***	.67***	.49***	.62***	.02	.03	.08	.07	.08	-.04
4.Perspicácia				1	.82***	.72***	.61***	.58***	.15	.12	.28*	.17	.22	.21
5.Ironia					1	.75***	.62***	.72***	.01	-.03	.19	.06	.06	-.01
6.Sátira						1	.77***	.77***	.07	-.06	.12	.08	.10	.06
7.Sarcasmo							1	.72***	.09	-.09	-.01	-.05	-.01	.07
8.Cinismo								1	-.02	-.15	-.06	-.07	-.08	-.15
Q.V. Físico									1	.38**	.33**	.45***	.72***	.61***
Q.V. Psicológico										1	.28*	.51***	.71***	.53***
Q.V. R. Sociais											1	.43***	.69***	.41***
Q.V. Ambiente												1	.78***	.54***
Bem-estar NA													1	.69***
Bem-estar Total														1

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$

Legenda: 1 – Diversão; 2 – Humor; 3 – Disparate; 4 – Perspicácia; 5 – Ironia; 6 - Sátira; 7 – Sarcasmo; 8 – Cinismo.

Correlação entre Estilos de Humor e Qualidade de Vida para a amostra de idosos institucionalizados

A análise de correlação entre estilos de humor e as dimensões da QDV foi também conduzida para a subamostra de idosos institucionalizados, conforme se apresenta na tabela 7. Verificou-se que o estilo de humor "Diversão" apresenta, nesta subamostra, uma correlação significativa, positiva e fraca com a dimensão "Física" da variável QDV, r_s = .42, p = .005. Aparece também positivamente correlacionado, de forma significativa e fraca, com a dimensão "Ambiente" da QDV, r_s = .31, p = .047. Ainda o estilo de humor "Diversão" surge também correlacionado significativamente e de forma positiva e fraca, com o "Índice de bem-estar total", r_s = .48, p = .001.

Já o estilo de humor "Humor" surge significativamente correlacionado de forma positiva e moderada com a dimensão "Física" da variável qualidade de vida, r_s = .50, p = .001. Correlaciona-se também de forma significativa, positiva e fraca com a o "Índice de bem-estar não afetivo", r_s = .30, p = .049 e o "Índice de bem-estar total", r_s = .40, p = .009.

O estilo de humor "Disparate" correlaciona-se de forma significativa, positiva e fraca com a dimensão "Física" da variável QDV, r_s = .37, p = .016 e com o "bem-estar total", r_s = .32, p = .039.

O estilo de humor "Perspicácia" apresenta também uma correlação significativa, positiva e fraca com a dimensão "Física" da variável QDV, r_s = .47, p = .002 e com o "bem-estar total", r_s = .38, p = .012.

O estilo de humor "Sátira" surge também correlacionado de forma significativa, positiva e fraca com a dimensão "Física" da variável QDV, r_s = .36, p = .017.

Por fim, o estilo de humor "Sarcasmo" está também correlacionado de forma significativa, positiva e fraca com a dimensão "Física" da variável QDV, r_s = .41, p = .006.

Tabela 6: Correlações de *Spearman* entre Estilos de Humor e Qualidade de Vida na amostra de idosos institucionalizados

	1	2	3	4	5	6	7	8	QVF	QVP	QVRS	QVA	BENA	BET
1.Diversão	1	.76***	.74***	.79***	.71***	.58***	.57***	.48**	.42**	.17	.15	.31*	.30	.48**
2.Humor		1	.82***	.78***	.67***	.77***	.70***	.56***	.50**	.05	.10	.30	.30*	.40**
3.Disparate			1	.73***	.70***	.74***	.62***	.63***	.37*	-.00	-.07	.21	.15	.32*
4.Perspicácia				1	.79***	.71***	.58***	.51***	.47**	.16	.09	.26	.28	.38*
5.Ironia					1	.66***	.61***	.61***	.28	.03	-.00	.23	.08	.25
6.Sátira						1	.70***	.67***	.36*	-.11	.04	.15	.15	.22
7.Sarcasmo							1	.61***	.41**	-.05	-.10	.13	.14	.29
8.Cinismo								1	.16	-.18	-.28	-.03	-.14	-.03
Q.V. Físico									1	.45**	.35*	.43**	.75***	.58***
Q.V. Psicológico										1	.39**	.46**	.78***	.68***
Q.V. R. Sociais											1	.27	.68***	.52***
Q.V. Ambiente												1	.66***	.56***
Bem-estar NA													1	.79***
Bem-estar Total														1

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$

Legenda: 1 – Diversão; 2 – Humor; 3 – Disparate; 4 – Perspicácia; 5 – Ironia; 6 - Sátira; 7 – Sarcasmo; 8 – Cinismo.

Correlação entre Estilos de Humor e Qualidade de Vida para a amostra de idosos na comunidade

A mesma análise de correlação entre estilos de humor e as dimensões da QDV foi realizada para a subamostra de idosos a viver na comunidade, estando os resultados apresentados na tabela que se segue (tabela 8).

O estilo de humor "Disparate" apresenta, nesta subamostra, uma correlação significativa, negativa e fraca com o "Índice de bem-estar total", r_s = -.33, p = .046.

O estilo de humor "Perspicácia" apresenta uma correlação significativa, positiva e fraca com a dimensão "Relações Sociais" da variável QDV, r_s = .44, p = .006.

O estilo de humor "Ironia" surge também correlacionado de forma significativa, positiva e fraca com a dimensão "Relações Sociais" da variável qualidade de vida, r_s = .39, p = .015.

Tabela 7: Correlações de *Spearman* entre Estilos de Humor e Qualidade de Vida na amostra de idosos na comunidade

	1	2	3	4	5	6	7	8	QVF	QVP	QVRS	QVA	BENA	BET
1.Diversão	1	.88***	.73***	.89***	.79***	.78***	.68***	.76**	-.04	.12	.24	.13	.17	.11
2.Humor		1	.73***	.89***	.81***	.89***	.62***	.77***	-.05	.09	.27	.22	.21	.04
3.Disparate			1	.75***	.76***	.60***	.35*	.65***	-.24	.11	.25	.06	.10	-.33*
4.Perspicácia				1	.86***	.76***	.58***	.68***	-.01	.18	.44**	.19	.26	.13
5.Ironia					1	.80***	.54***	.78***	-.09	.03	.39*	.09	.19	-.11
6.Sátira						1	.72***	.82***	-.01	.09	.20	.16	.20	.01
7.Sarcasmo							1	.69***	-.07	-.08	.03	-.10	-.07	-.01
8.Cinismo								1	-.02	-.01	.23	.12	.20	-.06
Q.V. Físico									1	.28	.34*	.41**	.66***	.56***
Q.V. Psicológico										1	.15	.54**	.63***	.31^{+}
Q.V. R. Sociais											1	.58***	.67***	.28
Q.V. Ambiente												1	.89***	.48**
Bem-estar NA													1	.54***
Bem-estar Total														1

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$

Legenda: 1 – Diversão; 2 – Humor; 3 – Disparate; 4 – Perspicácia; 5 – Ironia; 6 - Sátira; 7 – Sarcasmo; 8 – Cinismo.

Correlação entre Estilos de Humor e Bem-estar Subjetivo para a amostra total

A Tabela 8 apresenta os resultados para a amostra total, das análises de correlação entre as várias dimensões dos estilos de humor e a dimensão emocional do BES, constituída pelo Afeto Positivo, Afeto Negativo e Índice de Felicidade.

A dimensão "Afeto Positivo" da variável BES correlaciona-se de forma significativa, positiva e muito fraca com o estilo de humor "Ironia", $r = .23$, $p = .040$, e de forma significativa, positiva e fraca com os estilos de humor "Diversão", $r = .47$, $p < .001$, "Humor", $r = .35$, $p = .001$, "Perspicácia", $r = .40$, $p < .001$, "Sátira", $r = .30$, $p = .007$, e "Sarcasmo", $r = .32$, $p = .004$.

A dimensão "Afeto Negativo" da variável BES correlaciona-se de forma significativa, positiva e muito fraca com o estilo de humor "Diversão", $r = .29$, $p = .008$, e de forma significativa, positiva e fraca com os estilos de humor "Humor", $r = .36$, $p = .001$, "Disparate", $r = .43$, $p < .001$, "Perspicácia", $r = .38$, $p < .001$, "Ironia", $r = .40$, $p < .001$, "Sátira", $r = .39$, $p < .001$, e "Sarcasmo", $r = .30$, $p = .007$. O "Afeto Negativo" correlaciona-se também de forma significativa, positiva e moderada com o estilo de humor "Cinismo", $r = .50$, $p < .001$.

Por fim, o "Índice de Felicidade" correlaciona-se de forma significativa, positiva e muito fraca com o estilo de humor "Diversão", $r = .26$, $p = .019$.

Tabela 8: Correlações de *Pearson* entre Estilos de Humor e Bem-estar Subjetivo (dimensão emocional) (amostra total)

	1	2	3	4	5	6	7	8	AP	AN	IF
1.Diversão	1	.82***	.71***	.84***	.72***	.67***	.67***	.52***	.47***	.29**	.26*
2.Humor		1	.72***	.85***	.72***	.81***	.71***	.59***	.35**	.36**	.11
3.Disparate			1	.71***	.71***	.67***	.51***	.62***	.21	.43***	-.07
4.Perspicácia				1	.81***	.72***	.65***	.54***	.40***	.38***	.14
5.Ironia					1	.75***	.66***	.73***	.23*	.40***	-.03
6.Sátira						1	.77***	.75***	.30**	.39***	.04
7.Sarcasmo							1	.72***	.32**	.30**	.12
8.Cinismo								1	.15	.50***	-.16
Afeto Positivo									1	.23*	.80***
Afeto Negativo										1	-.40***
Índice Felicidade											1

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$.

Legenda: 1 – Diversão; 2 – Humor; 3 – Disparate; 4 – Perspicácia; 5 – Ironia; 6 - Sátira; 7 – Sarcasmo; 8 – Cinismo. AP – Afeto positivo; AN – Afeto negativo; IF – Índice de felicidade.

Correlação entre Estilos de Humor e Bem-estar Subjetivo para a amostra de idosos institucionalizados

Foram também realizadas análises de correlação entre as várias dimensões dos estilos de humor e a dimensão emocional do BES, constituída pelo Afeto Positivo, Afeto Negativo e Índice de Felicidade para a subamostra de idosos institucionalizados, resultados que se encontram na tabela 9.

A dimensão "Afeto Positivo" da variável BES correlaciona-se de forma significativa, positiva e moderada com os estilos de humor "Diversão", $r_s = .67$, $p < .001$, "Humor", $r_s = .61$, $p < .001$, "Disparate", $r_s = .62$, $p < .001$, "Perspicácia", $r_s = .59$, $p < .001$, "Ironia", $r_s = .50$, $p = .001$ e "Sátira", $r_s = .51$, $p = .001$. Correlaciona-se também de forma significativa, positiva e fraca com o estilo de humor "Sarcasmo", $r_s = .47$, $p = .002$ e com o estilo de humor "Cinismo", $r_s = .36$, $p = .019$.

A variável BES, na sua dimensão "Afeto Negativo", correlaciona-se significativamente e de forma positiva e fraca com as dimensões de humor "Disparate", $r_s = .35$, $p = .020$, "Perspicácia", $r_s = .33$, $p = .033$, "Ironia", $r_s = .31$, $p = .043$, "Sátira", $r_s = .34$, $p = .024$ e "Cinismo", $r_s = .47$, $p = .002$.

Por sua vez, o Índice de Felicidade que consiste na subtração do Afeto Negativo em relação ao Afeto Positivo, correlaciona-se de forma significativa, positiva e fraca com o estilo de humor "Diversão", $r_s = .49$, $p = .001$, "Humor", $r_s = .43$, $p = .004$, "Disparate", $r_s = .37$, $p = .014$, "Perspicácia", $r_s = .35$, $p = .021$ e "Sarcasmo", $r_s = .36$, $p = .020$.

Tabela 9: Correlações de *Spearman* entre Estilos de Humor e Bem-estar Subjetivo (dimensão emocional) na amostra de idosos institucionalizados

	1	2	3	4	5	6	7	8	AP	AN	IF
1.Diversão	1	.76***	.74***	.79***	.71***	.58***	57***	.45**	.67***	.17	.49**
2.Humor		1	.82***	.78***	.67***	.77***	.70***	.56***	.61***	.26	.43**
3.Disparate			1	.73***	.70***	.74***	.62***	.63***	.62***	.35*	.37*
4.Perspicácia				1	.79***	.71***	.58***	.51***	.59***	.33*	.35*
5.Ironia					1	.66***	.61***	.61***	.50**	.31*	.25
6.Sátira						1	.70***	.67***	.51**	.34*	.27
7.Sarcasmo							1	.61***	.47**	.19	.36*
8.Cinismo								1	.36*	.47**	.04
Afeto Positivo									1	.22	.76***
Afeto Negativo										1	-.40**
Índice Felicidade											1

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$

Legenda: 1 – Diversão; 2 – Humor; 3 – Disparate; 4 – Perspicácia; 5 – Ironia; 6 - Sátira; 7 – Sarcasmo; 8 – Cinismo. AP – Afeto positivo; AN – Afeto negativo; IF – Índice de felicidade.

Correlação entre Estilos de Humor e Bem-estar Subjetivo para a amostra de idosos na comunidade

As análises de correlação, entre as várias dimensões dos estilos de humor e a dimensão emocional do BES, foram também conduzidas para a subamostra de idosos na comunidade e estão apresentadas na tabela 10.

A dimensão "Afeto Positivo" da variável BES não se correlaciona de forma significativa com nenhum dos estilos de humor analisados.

Por sua vez, a dimensão "Afeto Negativo" da variável BES, correlaciona-se significativamente e de forma positiva com todas as dimensões do humor. Correlaciona-se de forma positiva e fraca com "Diversão", $r_s = .44$, $p = .006$, "Disparate", $r_s = .40$, $p = .012$, "Ironia", $r_s = .46$, $p = .003$, "Sátira", $r_s = .41$, $p = .010$, "Sarcasmo", $r_s = .38$, $p = .018$ e "Cinismo", $r_s = .47$, $p = .003$. Correlaciona-se de forma positiva e moderada com o estilo de humor "Humor", $r_s = .50$, $p = .002$ e com o estilo "Perspicácia", $r_s = .51$, $p = .001$.

Por sua vez, o Índice de Felicidade correlaciona-se apenas e de forma significativa, negativa e fraca com o estilo de humor "Disparate", $r_s = -.39$, $p = .016$.

Tabela 10: Correlações de *Spearman* entre Estilos de Humor e Bem-estar Subjetivo (dimensão emocional) na amostra de idosos na comunidade

	1	2	3	4	5	6	7	8	AP	AN	IF
1.Diversão	1	.88***	.73***	.89***	.79***	.78***	68***	.76**	.29	.44**	.08
2.Humor		1	.73***	.89***	.81***	.89***	.62***	.77***	.23	.50**	-.02
3.Disparate			1	.75***	.76***	.60***	.35*	.65***	-.13	.40*	-.39*
4.Perspicácia				1	.86***	.76***	.58***	.68***	.29	.51**	.06
5.Ironia					1	.80***	.54***	.78***	.13	.46**	-.15
6.Sátira						1	.72***	.82***	.17	.41*	-.05
7.Sarcasmo							1	.69***	.17	.38*	-.01
8.Cinismo								1	.18	.47**	-.11
Afeto Positivo									1	.37*	.80***
Afeto Negativo										1	-.19
Índice Felicidade											1

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$

Legenda: 1 – Diversão; 2 – Humor; 3 – Disparate; 4 – Perspicácia; 5 – Ironia; 6 - Sátira; 7 – Sarcasmo; 8 – Cinismo. AP – Afeto positivo; AN – Afeto negativo; IF – Índice de felicidade.

Correlação entre Qualidade de Vida e Bem-estar subjetivo para a amostra total

Por fim, conduziram-se análises de correlação entre as dimensões da variável QDV e BES, que se apresentam na tabela 11.

A dimensão "Afeto Positivo" da variável BES correlaciona-se de forma significativa, positiva e muito fraca com a dimensão "Relações Sociais" da variável QDV idade de vida, $r = .28$, $p = .040$, e de forma significativa, positiva e fraca com as dimensões "Psicológico", $r = .38$, $p = .001$ e "Ambiente", $r = .44$, $p < .001$, da variável QDV.

A dimensão "Afeto Negativo" da variável bem-estar subjetivo correlaciona-se apenas de forma significativa, negativa e fraca com o "Índice de Bem-estar total", $r = -.35$, $p = .002$.

Por sua vez, o Índice de Felicidade surge significativamente associado e de forma positiva e fraca com as dimensões "Psicológico", $r = .37$, $p = .001$, "Relações Sociais", $r = .31$, $p = .005$ e "Ambiente", $r = .39$, $p < .001$ da variável qualidade de vida, e de forma significativa, positiva e moderada com a dimensão "Físico", $r = .39$, $p < .001$, da variável QDV.

Por fim, o "Índice de Bem-estar Não afetivo" correlaciona-se de forma significativa, positiva e moderada com a dimensão do "Afeto Positivo", $r = .53$, $p < .001$, da variável BES e com o "Índice de Felicidade", $r = .52$, $p < .001$. O "Índice de Bem-estar total" surge associado significativamente e de forma positiva e forte com a dimensão do "Afeto Positivo", $r = .81$, $p < .001$ da variável BES e com o "Índice de Felicidade", $r = .98$, $p < .001$.

Tabela 11: Correlações de *Pearson* entre Qualidade de Vida e Bem-estar Subjetivo (dimensão emocional) (amostra total)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Q.V. Físico	1	.45***	.36**	.49***	.77***	.63***	.53***	-.02	.51***
2.Q.V. Psicológico		1	.37**	.51***	.76***	.51***	.38**	-.03	.37**
3.Q.V. R. Sociais			1	.46***	.73***	.45***	.28*	-.08	.31**
4.Q.V. Ambiente				1	.78***	.53***	.44***	.03	.39***
5.Bem-estar NA					1	.70***	.53***	-.03	.52***
6.Bem-estar Total						1	.81***	-.35**	.98***
7.Afeto Positivo							1	.23*	.80***
8.Afeto Negativo								1	-.40***
9.Índice Felicidade									1

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$.

Legenda: 1 – QDV Físico; 2 – QDV Psicológico; 3 – QDV R. Sociais; 4 – QDV Ambiente.

Correlação entre Qualidade de Vida e Bem-estar subjetivo para a amostra de idosos institucionalizados

Para a subamostra de idosos institucionalizados foi analisada também a relação entre a QDV e o BES cujos resultados se apresentam na tabela 12.

A dimensão "Afeto Positivo" da variável BES correlaciona-se de forma significativa, positiva e fraca com a dimensão "Ambiente", $r_s = .40$, $p = .007$, e de forma significativa, positiva moderada com as dimensões "Físico", $r_s = .50$, $p = .001$, e "Psicológico", $r_s = .54$, $p < .001$ da variável QDV.

A dimensão "Afeto Negativo" da variável BES correlaciona-se de forma significativa, negativa e fraca com o "Índice de Bem-estar total", $r_s = -.37$, $p = .014$ e com a dimensão "Psicológico", $r_s = -.35$, $p = .021$ da QDV.

O Índice de Felicidade, por sua vez, surge significativamente associado e de forma positiva e fraca com as dimensões "Físico", $r_s = .44$, $p = .003$, "Relações Sociais", $r_s = .40$, $p = .008$ e "Ambiente", $r_s = .44$, $p = .003$ da variável QDV, e de forma significativa, positiva e moderada com a dimensão "Psicológico", $r_s = .53$, $p < .001$ da variável QDV.

Por fim, o "Índice de Bem-estar Não afetivo" correlaciona-se de forma significativa, positiva e moderada com a dimensão do "Afeto Positivo", $r_s = .56$, $p < .001$ da variável bem-estar subjetivo e com o "Índice de Felicidade", $r_s = .63$, $p < .001$. O "Índice de Bem-estar total" está também associado significativamente e de forma positiva e forte com a dimensão do "Afeto Positivo", $r_s = .76$, $p < .001$ da variável BES e com o "Índice de Felicidade", $r_s = .96$, $p < .001$.

Tabela 12: Correlações de *Spearman* entre Qualidade de Vida e Bem-estar Subjetivo (dimensão emocional) na amostra de idosos institucionalizados

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Q.V. Físico	1	.45**	.35*	.43**	.75***	.58***	.50**	.05	.44**
2.Q.V. Psicológico		1	.39**	.46**	.78***	.68***	.54***	-.13	.53***
3.Q.V. R. Sociais			1	.27	.68***	.52***	.25	-.35*	.40**
4.Q.V. Ambiente				1	.66***	.56***	.40**	-.09	.44**
5.Bem-estar NA					1	.79***	.56***	-.19	.63***
6.Bem-estar Total						1	.76***	-.37*	.96***
7.Afeto Positivo							1	.22	.76***
8.Afeto Negativo								1	-.40**
9.Índice Felicidade									1

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$.

Legenda: 1 – QDV Físico; 2 – QDV Psicológico; 3 – QDV R. Sociais; 4 – QDV Ambiente.

Correlação entre Qualidade de Vida e Bem-estar subjetivo para a amostra de idosos institucionalizados

Para a amostra da comunidade a relação entre humor e BES também foi analisada, tal como se pode constatar na tabela 13.

A dimensão "Afeto Positivo" da variável BES correlaciona-se de forma significativa, positiva e fraca com as dimensões "Físico", $r_s = .39$, $p = .017$ e "Ambiente", $r_s = .43$, $p = .007$ da variável qualidade de vida.

O Índice de Felicidade correlaciona-se de forma positiva e fraca com a dimensão "Físico", $r_s = .44$, $p = .003$ da variável QDV.

Por sua vez, o "Índice de Bem-estar Não afetivo" correlaciona-se de forma significativa, positiva e fraca com a dimensão do "Afeto Positivo", $r_s = .44$, $p = .006$ da variável bem-estar subjetivo e com o "Índice de Felicidade", $r_s = .34$, $p = .036$. O "Índice de Bem-estar total" surge significativamente associado e de forma positiva forte com a dimensão do "Afeto Positivo", $r_s = .83$, $p < .001$ da variável BES e com o "Índice de Felicidade", $r_s = .96$, $p < .001$.

Tabela 13: Correlações de *Spearman* entre Qualidade de Vida e Bem-estar Subjetivo (dimensão emocional) na amostra de idosos na comunidade

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Q.V. Físico	1	.28	.34*	.41*	.66***	.58***	.39*	.05	.44**
2.Q.V. Psicológico		1	.15	.54**	.63***	.31^{+}	.22	.17	.12
3.Q.V. R. Sociais			1	.58***	.67***	.28	.26	.23	.15
4.Q.V. Ambiente				1	.89***	.48**	.43**	.29	.29
5.Bem-estar NA					1	.54***	.44**	.18	.34*
6.Bem-estar Total						1	.83***	-.08	.96***
7.Afeto Positivo							1	.37*	.80***
8.Afeto Negativo								1	-.18
9.Índice Felicidade									1

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$.

Legenda: 1 – QDV Físico; 2 – QDV Psicológico; 3 – QDV R. Sociais; 4 – QDV Ambiente.

Discussão

O principal objetivo deste estudo foi analisar o efeito da institucionalização ao nível do bem-estar, da qualidade de vida e no humor em idosos da população portuguesa. Foram definidos objetivos específicos que permitissem responder posteriormente às hipóteses formuladas, sendo estes, por um lado, analisar as diferenças entre idosos institucionalizados e a viver na comunidade no que se refere ao seu bem-estar, qualidade de vida e humor, e por outro, analisar a relação entre o bem-estar, a qualidade de vida e o humor em idosos institucionalizados e a viver na comunidade.

A discussão que agora se apresenta encontra-se organizada pela resposta às hipóteses colocadas para esta investigação com base na revisão de literatura sobre o tema.

A **hipótese 1** refere que existem diferenças na perceção de bem-estar subjetivo, de qualidade de vida e de humor entre idosos institucionalizados e idosos a viver na comunidade.

Considerando os resultados obtidos, verificou-se que os idosos institucionalizados apresentam pontuações inferiores nos domínios físico e ambiente da qualidade de vida comparativamente aos idosos a viver na comunidade, significando que experienciam menor qualidade de vida em termos físicos do que os idosos que vivem na comunidade e que, percecionam o ambiente em que vivem como proporcionando-lhes menor qualidade de vida do que os idosos que vivem na comunidade. No que se refere ao índice de felicidade, ainda que a diferença entre os dois grupos (idosos institucionalizados *vs* idosos na comunidade) seja marginal, esta parece ser relevante salientar, pelo menos do ponto de vista da intervenção, na medida em que remete para um menor sentimento de felicidade vivenciado pelos idosos institucionalizados. Foi também possível verificar que nos estilos de humor Ironia, Sátira, Sarcasmo e Cinismo são os idosos que vivem em instituições que apresentam valores significativamente mais elevados do que os idosos que vivem na comunidade, sendo estes estilos considerados estilos de humor desadaptativos (Oliveira, 2008). Na verdade a institucionalização do idoso é frequentemente tida como um acontecimento de vida associado a níveis elevados de stress da pessoa idosa, seja pelas mudanças inerentes à mudança do espaço habitual e da identidade, como do declínio cognitivo e funcional que levam as famílias a tomar a decisão de optar por um «lar» ou «residência» (Silva et al., 2011). Espera-se que o novo contexto ofereça segurança, conforto e afeto, mas a pessoa idosa será inevitavelmente «obrigada» a alterar o seu estilo de vida para viver de acordo com regras e características do seu novo *habitat*. Estudos

referem que a qualidade de vida da pessoa idosa diminui quando esta é institucionalizada, facto que é, de alguma forma, corroborado pelos nossos resultados e que nos permite confirmar, parcialmente, a hipótese de que a qualidade de vida se altera com a institucionalização (Ferraz & Peixoto, 1997; Freitas & Scheicher, 2010; Llobet et al., 2011). Neste sentido, os resultados encontrados vão ao encontro de outros trabalhos desenvolvidos nesta área, ainda que as diferenças encontradas se verifiquem apenas nos domínios físico e ambiente da qualidade de vida. Por um lado, um dos fatores promotores da institucionalização é o declínio físico e funcional (Freitas et al., 2006), o que por si só parece explicar que os idosos a viver em instituições apresentem pontuações inferiores comparativamente aos idosos a viver na comunidade, por já apresentarem limitações físicas que os levam a percecionar uma pior qualidade de vida relacionada com a saúde. Ou seja, não é possível afirmar que seja o fator institucionalização que provoca esta menor qualidade de vida nos idosos institucionalizados, uma vez que a razão da institucionalização é muitas vezes o declínio ao nível físico e funcional. Um estudo de caráter longitudinal poderia proporcionar a resposta a esta questão, ou seja, se a institucionalização conduz à perda de qualidade de vida física, o que não foi possível realizar no presente estudo. Por outro lado, no que toca ao domínio ambiente, não surpreende que sejam os idosos institucionalizados a apresentar resultados inferiores, atendendo a que as características ambientais, quando se vive institucionalizado, são fortemente alteradas (exemplos dos itens do domínio: acesso aos serviços locais de saúde, utilização dos transportes, recursos financeiros, segurança). Segundo Paúl (2005), os ambientes físico e social, com destaque para as redes de vizinhança e de suporte social, das pessoas mais velhas podem ser optimizadores ou condicionadores do processo de envelhecimento com efeitos na autonomia, e na QDV e bem-estar (Paúl, 2005). Apesar disto, outros autores (Daniel, 2009) sugerem que a institucionalização pode ser uma resolução de problemas para muitos idosos e neste sentido, ser vista como uma mudança positiva por contribuir para a melhoria da condição física, o que não se verificou no presente estudo.

Considerando a literatura prévia sobre a qualidade de vida do idoso, considera-se que uma boa perceção de qualidade de vida é um fator determinante para a perceção de bem-estar subjetivo. Neste sentido, será mais provável encontrar idosos institucionalizados com sintomas depressivos (e.g., Damián et al., 2010; Jerez-Roig et al., 2016; Vicente et al., 2014; Runcan, 2012) e de ansiedade (e.g., Creighton et al., 2016; Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva, & Santo, 2015).

Relativamente aos estilos de humor, enquanto ferramenta que permite superar as adversidades da vida e da condição da existência humana, verifica-se que as diferenças significativas se encontram nos estilos de humor *Ironia*, *Sátira*, *Sarcasmo* e *Cinismo* com pontuações mais elevadas nos idosos institucionalizados. Pode considerar-se que estes estilos não são adaptativos, podendo a sua utilização resultar de mecanismos de *coping* para lidar com a perda funcional e a consequente institucionalização (Oliveira, 2008). Conforme referido previamente, o sentido de humor tende a ser estável ao longo do ciclo de vida, sendo os idosos tidos como mais bem-dispostos em relação a pessoas mais jovens, ainda que se riam menos e com menos facilidade (Proyer, Ruch, & Müller, 2010). Acreditamos que estas expressões de humor poderão ser compatíveis com a explicação de McGhee (1996) que refere que, com o detrimento cognitivo no idoso, pode existir uma redescoberta do "brincar", e esta redescoberta é essencial na melhoria e ativação do sentido de humor. Os diferentes estilos de humor poderão implicar o brincar e por isso, termos encontrado estas diferenças entre grupos.

Posteriormente a esta análise de diferenças na perceção de qualidade de vida, do bem-estar subjetivo e no humor, procuramos analisar as associações existentes entre estilos de humor e qualidade de vida, assumindo que existe uma relação positiva entre os estilos de humor e a qualidade de vida (**hipótese 2**), que existem correlações positivas entre os estilos de humor e o bem-estar subjetivo (**hipótese 3**) e que existem correlações positivas entre a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo (**hipótese 4**). Pretende-se analisar as associações na amostra total, mas tivemos como preocupação compreender as associações nos dois grupos individualmente – idosos institucionalizados e idosos a viver na comunidade.

Considerando os resultados da amostra total, verificamos que existem associações estatisticamente significativas entre os estilos de humor e a qualidade de vida. Em particular, as associações encontram-se entre os estilos de humor diversão e perspicácia e o domínio das relações sociais da qualidade de vida e do bem-estar total. Apesar de se tratarem de associações fracas, consideramos que nos sugerem um sentido, ou seja, como sugerem Celso e colaboradores (2003) que encontraram uma relação positiva entre o estado de saúde e o *coping* através do humor e a satisfação com a vida, ainda que especialmente em idosos institucionalizados. Alguns estudos salientam a importância da participação social do idoso enquanto fator associado à redução do stress e ao aumento da experiência de emoções mais positivas, no controlo da saúde, num melhor suporte social e na capacidade de resolução de problemas (Yassuda & Silva, 2010), o que parece

justificar as associações que encontramos que sugerem que quanto melhores relações sociais e melhor bem-estar o idoso vivencia, melhor o seu estilo de humor com caraterísticas de diversão e perspicácia. Neste sentido, consideramos que a hipótese 2 não se rejeita, ainda que parcialmente, porque não encontramos associações estatisticamente significativas para todos os domínios da qualidade de vida e os diferentes estilos de humor.

Quando se analisam as associações na amostra dos idosos institucionalizados, verificamos que a maior parte dos estilos de humor, com exceção dos estilos Ironia e Cinismo, se associam positivamente aos domínios físico e ambiente da qualidade de vida e ao índice de bem-estar não afetivo e índice de bem-estar total. Esta associação permite-nos perceber que, dentro dos idosos institucionalizados (que na nossa amostra apresentam menor qualidade de vida ao nível físico e ambiental, mas também menor índice de bem-estar não afetivo e menor bem-estar total), os que apresentam níveis mais elevados de humor são aqueles que apresentam também melhores resultados ao nível físico e ambiental da qualidade de vida e melhores resultados no bem-estar não afetivo e total. Este resultado parece ir de encontro aos resultados já reportados por Celso e colaboradores (2003) que encontraram uma relação positiva entre o estado de saúde e o *coping* através do humor e a satisfação com a vida, especialmente em idosos institucionalizados. Seria importante compreender se existe algum envolvimento em atividades promotoras de uma melhor qualidade de vida nas instituições onde vivem os participantes deste estudo, isto porque se sabe que o envolvimento em atividades recreativas, sociais e lúdicas aumentam as oportunidades de manter um desempenho cognitivos mais adequado durante o envelhecimento (Yassuda & Silva, 2010). Já no grupo dos idosos a viver na comunidade, o domínio da qualidade de vida que mais se associa aos estilos de humor é o domínio das relações sociais e do bem-estar total, estando os estilos de humor não associados à qualidade de vida do ponto de vista físico, psicológico ou ambiental, nem ao bem-estar não afetivo. Ou seja, parece que, entre os idosos que vivem na comunidade, aqueles que apresentam mais oportunidades de contatos sociais são aqueles que experienciam mais humor do estilo perspicácia e ironia, e aqueles que relatam maior bem-estar total são aqueles que apresentam também mais humor do estilo disparate Estes resultados parecem corroborar outros dados da investigação no que toca à importância da integração social associada ao aumento do bem-estar e melhoria da condição física (Everard et al., 2000). Acredita-se que os

participantes da amostra mantenham relações sociais promotoras do bem-estar e que isso se reflita no seu humor.

Relativamente aos estilos de humor e a sua associação ao bem-estar subjetivo, os resultados para a amostra global sugerem que os "Afetos Positivos" (bem-estar subjetivo) se correlacionam positiva e significativamente com todos os estilos de humor exceto o "Cinismo", ou seja, com a "Ironia, "Diversão", "Humor", "Perspicácia", "Sátira" e "Sarcasmo". Já os "Afetos Negativos" associam-se positivamente com todos os estilos de humor "Diversão", "Humor", "Disparate", "Perspicácia", "Ironia", "Sátira", "Sarcasmo" e "Cinismo". A pessoa idosa, como qualquer outra, necessita de expressar as suas emoções de forma adequada e adaptativa. Quando não existe esta possibilidade, podem desenvolver-se sentimentos negativos e maior dificuldade em lidar com os desafios associados ao envelhecimento. Neste sentido, Paúl e Fonseca (2005) enfatizam o facto de o ser humano, ter necessidade de se relacionar com os outros, de comunicar, de receber apoio emocional e afetivo, de amar e de ser amado, de viver momentos de intimidade com o outro, independentemente da idade. Considera-se, portanto, que as relações afetivas das pessoas idosas devem ser valorizadas por todos os que integram a rede de suporte ao idoso institucionalizado ou a viver na comunidade (familiares, amigos, cuidadores formais) para promover a valorização dos afetos na terceira idade, possibilitando uma melhor perceção de qualidade de vida, o envelhecimento bem-sucedido e o bem-estar. Também o "Índice de Felicidade" se correlaciona de forma significativa e positiva com o estilo de humor "Diversão", o que vai ao encontro dos restantes resultados, na nossa opinião.

Na amostra de idosos institucionalizados verificou-se que as associações estatisticamente significativas são comuns aos resultados da amostra global no que se refere aos afetos positivos e negativos. Já na amostra de idosos a viver na comunidade, não foram encontradas associações estatisticamente significativas considerando a dimensão dos afetos positivos. No que concerne à dimensão dos afetos negativos verificam-se correlações semelhantes às da amostra de idosos institucionalizados. Hortelão (2004) refere que os idosos que permanecem nas suas casas são mais ativos, otimistas e com maior vontade de viver, enquanto os idosos que vivem em instituições apresentam maior desinteresse pelas atividades, mais sentimentos pessimistas e maior apatia, o que se terá repercussões na perceção da qualidade de vida, o que nos pode ajudar a compreender os resultados observados neste estudo. Considerando que não se rejeita a hipótese tendo em conta as associações encontradas.

Relativamente à associação entre a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo na amostra global, verificou-se que os "Afetos Positivos" se associam de forma positiva com todos os domínios da qualidade de vida, bem como o "Índice de Bem-estar não afetivo" e o "Índice de Bem-estar total", o que significa que quanto maior o seu bem-estar subjetivo ao nível dos afetos positivos, maior a qualidade de vida percecionada pelos idosos, em todos os seus domínios. No que se refere à dimensão "Afetos Negativos" verifica-se que apenas se associa negativamente com o "Índice de Bem-estar total", sugerindo que quanto mais afeto negativo vivenciado pelos idosos menor o seu bem-estar global. Por sua vez, o Índice de Felicidade surge significativamente e positivamente associado a todos os domínios da qualidade de vida, incluindo o "Índice de Bem-estar Não afetivo" e o "Índice de Bem-estar total".

Segundo Mantovani, Neri e Lucca (2016), autores que se dedicaram ao estudo e análise do comportamento emocional de idosos, sugerem que com o envelhecimento, as pessoas passam a experimentar e a demonstrar emoções menos intensas, a evitar estimulação negativa e a ter menor capacidade de descodificação de expressões emocionais. As emoções e o bem-estar, por seu turno, estão associadas à qualidade de vida que representa a capacidade de manter a autonomia e a independência, procurando satisfazer as necessidades ao longo da vida, sendo a capacidade de adaptação às mudanças fundamental para alcançar o bem-estar e para uma avaliação positiva da qualidade de vida (Llobet et al., 2011; OMS, 2002).

Analisando as associações entre a qualidade de vida e o bem-estar no grupo de idosos institucionalizados verificamos que os "Afetos Positivos" se correlacionam significativamente com todos os domínios da qualidade de vida, com exceção do domínio das "Relações Sociais". Os "Afetos Negativos" correlacionam-se negativamente com o "Índice de Bem-estar total" e com o domínio "Relações Sociais" da qualidade de vida. O Índice de Felicidade encontra-se associado significativamente com todos os domínios da qualidade de vida. Relativamente ao "Índice de Bem-estar Não afetivo", este correlaciona-se significativamente com a dimensão dos "Afetos Positivos" e com o "Índice de Felicidade". Já para os idosos a viver na comunidade, verifica-se que quanto maiores os níveis de afeto positivo que experienciam, maior a sua qualidade de vida percecionada ao nível físico e ambiental, mas também mais elevados os seus níveis de bem-estar não afetivo e de bem-estar total percecionados. Também para estes idosos, quanto maior a qualidade de vida percecionada ao nível físico, do bem-estar não afetivo e do bem-estar total, maior o seu índice de felicidade. Segundo Carvalho e Dias (2011),

os idosos a viver em instituições precisam de ter uma boa perceção de qualidade de vida no seu dia-a-dia, sendo que esta depende da rede de relações sociais próximas, como amigos, familiares ou vizinhos, para impedir o fenómeno de isolamento social. Todos sem exceção têm necessidade de sentir afeto, e as pessoas idosas não são diferentes, pelo que todas as relações dentro da instituição são importantes. No entanto, Fonseca e colaboradores (2005, cit. in Carvalho & Dias, 2011) sugerem que as relações sociais não influenciam a satisfação com a vida, mas interferem com a mesma, pelo que existem idosos com relações sociais muito reduzidas que se sentem satisfeitos com a vida. Os autores acrescentam ainda que os aspetos que os idosos valorizam na comunidade, enquanto fatores promotores de uma boa qualidade de vida são: relações familiares e de amizade, ter papéis sociais, boa saúde e funcionalidade, viver numa casa agradável, ter uma visão positiva da vida, e manter o controlo e independência. Importa acrescentar que quando se fala em qualidade de vida e bem-estar subjetivo no idoso nos referimos a dois conceitos de difícil conceptualização, pois depende da visão de cada pessoa, sendo conceitos subjetivos e multifatoriais (Santos & Sousa, 2015).

Limitações do estudo

Todos os estudos apresentam limitações e este não é exceção. Em futuros trabalhos seria relevante alargar o tamanho da amostra para possibilitar maior robustez nos procedimentos estatísticos e com maior representatividade nacional. Considera-se também importante desenhar estudos longitudinais que permitam esclarecer a evolução dos conceitos de qualidade de vida, de bem-estar subjetivo e humor ao longo do tempo em grupos de idosos a viver na comunidade e idosos institucionalizados. Por fim, seria útil planear e testar programas de intervenção que possam contribuir para a promoção da qualidade de vida do idoso.

Considerações finais

O principal objetivo deste estudo foi analisar o efeito da institucionalização ao nível da perceção do bem-estar subjetivo, da qualidade de vida e no humor em idosos da população portuguesa. Em particular, procuramos analisar as diferenças entre idosos institucionalizados e os que vivem em comunidade no que se refere à perceção de bem-estar subjetivo, de qualidade de vida e no humor, e por outro, analisar a relação entre o bem-estar subjetivo, a qualidade de vida e o humor em idosos institucionalizados e os que vivem em comunidade.

Consideramos que este estudo contribuiu para conhecer um pouco mais como os idosos, sobretudo os institucionalizados, lidam com o novo contexto.

Sabendo do impacto negativo que pode advir da institucionalização e tendo em conta que são estes idosos que percecionam uma pior qualidade de vida, sobretudo no domínio físico, maior experiência de afetos negativos e estilos de humor menos adaptativos, importa rever as práticas desenvolvidas com este grupo alvo no decurso da sua institucionalização.

O ideal seria que o idoso pudesse envelhecer no seu ambiente, na sua casa junto da família, mas para tal, teria de se garantir assistência médica integrada no domicílio. Sempre que não é possível esta realidade e o idoso é institucionalizado, deve ser garantido o respeito e a dignidade e contribuir para a diminuição do impacto negativo dos efeitos psicossociais da institucionalização.

Referências

Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., … Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Study Group (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *JAMA The Journal of the American Medical Association, 288*(18), 2271–2281.

Bennett, M. P., & Lengacher, C. A. (2006). Humor and laughter may influence health. I. History and background. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM, 3*(1), 61–63. doi:10.1093/ecam/nek015

Bilge, F. & Saltuk, S. (2007). Humor styles, subjective well-being, trait anger, and anxiety among university students in Turkey. *World Applied Sciences Journal, 2*(5), 464–469.

Bishop, A.J., & Martin, P. (2011). The measurement of life satisfaction and happiness in old-old age. In L.W. Poon & J. Cohen-Mansfield (Eds.), *Understanding well-being in the oldest old* (pp. 290-331). New York, NY: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511920974.018

Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journal, 331*(7531), 24-31.

Canavarro, M., Serra, A., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Carmel, S. (2011). The will to live as an indicator of well-being and predictor of survival in old age. In L.W. Poon & J. Cohen-Mansfield (Eds.), *Understanding well-being in the oldest old* (pp. 281-289). New York, NY: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511920974.017

Carmel, S., Raveis, V., O'Rourke, N., & Tovel, H. (2017). Health, Coping and Subjective Well-Being: Results of a Longitudinal Study of Elderly Israelis. *Aging and Mental Health, 21*, 616-623. doi:10.1080/13607863.2016.1141285.

Carmel, S., Shrira, A., & Shmotkin, D. (2013). The Will to Live and Death-Related Decline in Life Satisfaction. *Psychology and aging. 28,* 1115-1123. doi:10.1037/a0034649.

Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium, 40,* 161-184.

Celso, B., Ebener, D., & Burkhead, E. (2003). Humor coping, health status, and life satisfaction among older adults residing in assisted living facilities. *Aging & mental health, 7*(6), 438-445. doi:10.1080/13607860310001594691.

Costa, M. D., Espirito-Santo, H., Simões, S. C., Correia, A. R., Almeida, R., Ferreira, L., ... Lemos, L. (2013). 1549 – Correlates of elderly loneliness. *European Psychiatry, 28*(1), 1–6. doi:10.1016/S0924-9338(13)76559-3

Creighton, A. S., Davison, T. E., & Kissane, D. W. (2016). The correlates of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 32*(2), 141–154. doi:10.1002/gps.4604

Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Santo, H. M. A. E. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário Geriátrico de Ansiedade numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 1*(2), 15–30. doi: 10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22

Damián, J., Pastor-Barriuso, R., & Valderrama-Gama, E. (2010). Descriptive epidemiology of undetected depression in institutionalized older people. *Journal of the American Medical Directors Association, 11*(5), 312–319. doi:10.1016/j.jamda.2010.01.012

Desai, R., Abraham, D., Harshe, D., Ramakrishnan, A., Cholera, R., & Kale, S. (2016). A study of depression, perceived loneliness, cognitive function and independence in daily activities in home and institution based older people: A cross sectional comparative study. *Journal of Geriatric Mental Health, 3*(2), 140–145. doi:10.4103/2348-9995.195630

Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin, 95*(3), retirado de https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2162125.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*(1), 34-43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2009). *Subjective Well-Being. The Science of Happiness and Life Satisfaction*. In: C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0017

Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology, 39*(4), 391-406. doi: 10.1177/008124630903900402

Diener, E., Sapyta, J., & Suh, E. (1998) Subjective Well-Being Is Essential to Well-Being. *Psychological Inquiry, 9*(1), 33-37, doi: 10.1207/s15327965pli0901_3

Duckworth, A., Steen, T., & Seligman, M. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual review of clinical psychology, 1*(1), 629-651. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154

Dunbar, R. I. M., Baron, R., Frangou, A., Pearce, E., van Leeuwen, E. J. C., Stow, J., ... van Vugt, M. (2012). Social laughter is correlated with an elevated pain threshold. *Proceedings of the Royal Society/B, 279*, 1161-1167. doi: 10.1098/rspb.2011.1373

Dyck, K., & Holtzman, S. (2013). Understanding humor styles and well-being: The importance of social relationships and gender. *Personality and Individual Differences, 55*(1), 53-58. doi: 10.1016/j.paid.2013.01.023

Erickson, S. J. & Feldstein, S. W. (2007). Adolescent humor and its relationship to coping, defense strategies, psychological distress, and well-being. *Child Psychiatry & Human Development, 37*(3), 255–271.

Espírito-Santo, H., & Daniel, F. (2018). Optimism and wellbeing among institucionalized older adults. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry, 31*(1), 5-6. doi: 10.1024/1662-9647/a000182

Everard, K. M.; Lach, H. W.; Fisher, E. B. & Baum, M. C. (2000). Relationship of activity and social support to the, functional health of older adults". Journal of Gerontology: social sciences, 4, S208–S212.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218-226. doi:org/10.1037/0003-066X.56.3.218

Ferraz, A., Ferreira, P.; Peixoto, M. R. B. (1997). Qualidade de vida na velhice: estudo de uma instituição pública de recriação para idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 31*(2), p.316-338.

Fife-Schaw, C. (2006). Levels of Measurement. Research Methods in Psychology, 3, 50-63.

Freitas, E. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ªedição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Freitas, M.A.V. & Scheicher, M. S. (2010). Quality of life of institutionalized elderly. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 13(3), 395-401.

Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjetivo – Fatores cognitivos, afetivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.

Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. Análise psicológica, 2(XXIII), 219-227.

Ganz, F., & Jacobs, J. (2014). The effect of humor on elder mental and physical health. *Geriatric Nursing. 35*(3), 205-211. doi:10.1016/j.gerinurse.2014.01.005.

George, L.K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 65B*(3), 331-339. doi:10.1093/geronb/gbq006

Gerstorf, D., Ram, N., Mayraz, G., Hidajat, M., Lindenberger, U., Wagner, G. G., & Schupp, J. (2010). Late-life decline in well-being across adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something is seriously wrong at the end of life. *Psychology and Aging, 25*, 477-485. doi:10.1037/a0017543

Greengross, G. (2014). Humor and aging - A mini-review. *Gerontology, 59*(5) 448-453.

Hampes, W. P. (2005). Correlations between humor styles and loneliness. *Psychological Reports, 96*(3), 747–750.

Herzog, T. R., & Strevey, S. J. (2008). Contact with nature, sense of humor, and psychological well-being. *Environment and Behavior, 40*(6), 747-776. doi: 10.1177/0013916507308524

Hortelão, A. P. S. (2003). *Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Lisboa: Universidade Aberta.

Hortelão, A.P. (2004). Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. Servir, 52, 3, p.119-131.

Hugelshofer, D. S., Kwon, P., Reff, R. C. & Olson, M. L. (2006). Humour's role in the relation between attributional style and dysphoria. *European Journal of Personality, 20*(4), 325–336.

Jerez-Roig, J., de Oliveira, N. P. D., de Lima Filho, B. F., de Farias Bezerra, M. A., Matias, M. G. L., Ferreira, L. M., ... Lima, K. C. (2016). Depressive symptoms and associated factors in institutionalized elderly. *Experimental Aging Research, 42*(5), 479–491. doi:10.1080/0361073X.2016.1224673

Jovanović, V. (2011). Do humor styles matter in the relationship between personality and subjective well-being?. *Scandinavian journal of psychology, 52*(5), 502-7. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00898.x

Loblet, M. (2011). Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*(3), 467-475.

Kahlbaugh, P., & Huffman, L. (2016). Personality, Emotional Qualities of Leisure, and Subjective Well-Being in the Elderly. *International journal of aging & human development, 85*(2), 164-184. doi:91415016685329. 10.1177/0091415016685329

Kazarian, S. S., & Martin, R. A. (2006). Humor styles, culture-related personality, wellbeing, and family adjustment among Armenians in Lebanon. *Humor: International Journal of Humor Research, 19*(4), 405–423.

Kuiper, N. A., Grimshaw, M., Leite, C., & Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine*:* SpeciWc components of sense of humor and psychological well-being. *Humor: International Journal of Humor Research, 17*(1-2),135–168. doi: 10.1515/humr.2004.002

Larsen, R.J,. & Eid, I. (2008). Ed Diener and the science of subjective well-being. *The science of subjective well-being*. 1-13.

Llobet, M. P., Ávila, N. R., Farràs, J. F., & Canut, M.T. (2011) Quality of life, happiness and satisfaction with life of individuals 75 years old or older cared for by a home health care program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 3*(19), 467-475. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/04.pdf.

Mak, W., & Carpenter, B. D. (2007). Humor comprehension in older adults. *Journal of the International Neuropsychological Society, 13*(4), 606–614. doi: 10.1017/S1355617707070750

Martin, L., Friedman, H., Tucker, J., Tomlinson-Keasey, C., Criqui, M., & Schwartz, J. (2002). A Life Course Perspective on Childhood Cheerfulness and its Relation to Mortality Risk. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(9). 1155-1165. doi:10.1177/01461672022812001.

Martin, R. (2003). Sense of humor. In J. Shane & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 313–326). Washington, DC: American Psychological Association.

Martin, R. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach*. London, UK: Elsevier.

Martin, R., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J. & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psycho logical well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality, 37*(1), 48–75.

Mantovani, E. P., Lucca, S. R., & Neri, A. L. (2016). Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19*(2), 203-222. https://dx.doi.org/10.1590/1809-8232016019.150041

McGhee, P. (1976). Children's appreciation of humor: A test of the cognitive congruency principle. *Child Development, 47*(2), 420– 426. doi: 10.2307/1128797

McGhee, P. (1996) *Health, healing and the amuse system: humor as survival training.* Kendall/Hunt Publishing Company, Dubuque, IA

Minayo, M. C., Hartz, Z. M., & Buss. P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva, 5* (10), pp.7-18. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt

Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. International Journal of Clinical and Health Psychology, 7(3), 847-862. Retirado de: http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf

Neri, A. (2003). *Qualidade de vida na velhice: Fisioterapia geriátrica*. São Paulo: Manole.

Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do idoso. Temas Complementares*. Porto: LivPsic Edições de Psicologia.

Oliveira, J. A. (2006). *Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduandos*. Faculdade de Educação: Universidade Estadual de Campinas. Retirado de

http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/252881/1/Oliveira_JoseAriCarlettide_D.pdf.

Organização Mundial da Saúde (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Retirado de https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Active ageing: A policy framework*. Retirado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=9A78E5ED97145CAAD4BB67E3A18223AD?sequence=1.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento e Ambiente. In L. Sockza, *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados.* Lisboa: Climepsi.

Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. *Current gerontology and geriatrics research, 1,* 382-972. doi:10.1155/2012/382972.

Peterson, T. L., Chatters, L. M., Taylor, R. J., & Nguyen, A. W. (2014). Subjective Well-being of Older African Americans with DSM IV Psychiatric Disorders. *Journal of happiness studies, 15*(5), 1179–1196. doi:10.1007/s10902-013-9470-7

Pitchanut, N. & Viriya T. (2015). Humour 2.0: Styles and Types of Humour and Virality of Memes on Facebook. *Journal of Creative Communications, 10*(3), 288-302.

Proyer R. T., Ruch W., & Müller, L. (2010) Sense of humor among the elderly: findings with the German version of the SHS. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, 43*(1), 19-24

Ribeiro, J. L., & Galinha, I. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças, 6*(2), 203-214.

Ruch, W. (2010). *The Sense of Humor*: *Explorations of a Personality Characteristic*. New York: Mouton de Gruyter

Ruch, W., & Heintz, S. (2013). Humour styles, personality and psychological well-being: What's humour got to do with it? *European Journal of Humour Research, 1*(4), 1-24. doi:10.5167/uzh-96340.

Ruch, W., & Heintz S. (2016). The German version of the Humor Styles Questionnaire: Psychometric properties and overlap with other styles of humor. *Europe's Journal of Psychology, 12*(3), 434-455. doi: 10.5964/ejop. v12i3.1116

Shammi, P., & Stuss, D. T. (2003). The effects of normal aging on humor appreciation. *Journal of the International Neuropsychological Society, 9*(6), 855–863.

Santos, G. & Sousa, L. (2015). Qualidade de vida em pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 33* (1), 2-11.

Simone, P. M., & Haas, A. L. (2013). Frailty, leisure activity and functional status in older adults: Relationship with subjective well-being. *Clinical Gerontologist, 36*, 275–293. doi:10.1080/07317115.2013.788114

Tennant, K. F. (1990). Laugh it off. The effect of humor on the well-being of the older adult. *Journal of the Gerontological Nursing, 16*(12), 11-7.

Tian, Q. (2014). Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of selfesteem and loneliness. *Journal of Health Psychology, 1*(8). doi: 10.1177/1359105314547245

Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Netherlands: Springer.

Vicente, F., Espírito Santo, H., Cardoso, D., Silva, F. D., Costa, M., Pena, I. T., ... Lemos, L. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 63*(4), 308–316. doi:10.1590/0047-2085000000039

Wang, X. (2014). Subjective well-being associated with size of social network and social support of elderly. *Journal of health psychology, 21*(6), 1037-1042. doi:10.1177/1359105314544136

WHO. (1996). WHOQOL-Bref. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Frield Trial Version. Genève: World Health Organization.

Wilson, R.S., Mendes de Leon C. F., Barnes L. L., Schneider, J. A., Bienias J. L., Evans D. A., & Bennet, D. A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *JAMA The American Medical Association, 287*(6), 742 – 748.

Woyciekoski, C., Natividade, J., & Hutz, C. (2014). As contribuições da personalidade e dos eventos de vida para o bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30*, 401-409. doi:10.1590/S0102-37722014000400005.

Xiao W, Zhou L, Wu Q, et al. (2014) Effects of person-vocation fit and core self-evaluation on career commitment of medical university students: The mediator roles of anxiety and carrier satisfaction. *International Journal of Mental Health Systems, 8*(1), 8.

Yassuda, M. S. & Silva, H. S. (2010). Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida *Estudos de Psicologia, 27*(2). http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200008

Yeh, S.-C.J., & Lo, S.K. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality: An international journal*, *32*, 129-138