

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**AUTOPERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO E BEM
ESTAR PSICOLÓGICO EM PESSOAS IDOSAS
INSTITUCIONALIZADAS E NÃO
INSTITUCIONALIZADAS**

Nathalie Acúrcio

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**AUTOPERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO E BEM
ESTAR PSICOLÓGICO EM PESSOAS IDOSAS
INSTITUCIONALIZADAS E NÃO
INSTITUCIONALIZADAS**

Nathalie Acúrcio

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Helena Santos Afonso

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2015

Agradecimentos

O desenvolvimento deste trabalho foi, sem dúvida, um exercício de superação e confronto com um conjunto de crenças e medos que exigiram muito de mim. No entanto, o motivo pelo qual consegui dar tanto de mim a este trabalho resume-se à presença de um conjunto de pessoas que me acompanharam ao longo deste percurso. Por isso, devo a essas pessoas o meu mais sincero agradecimento.

À Professora Doutora Helena Afonso que me desafiou regularmente a mostrar que era capaz de fazer mais e melhor. Agradeço-lhe a disponibilidade e a resposta célere a qualquer pedido ou dúvida. Sou grata também pela partilha de ideias e pela sua abertura face à orientação de uma dissertação cuja temática se situava fora da sua zona de conforto.

À Professora Doutora Rosa Novo pelos preciosos conselhos que guiaram os primeiros passos no planeamento do contacto com a esta população.

Aos participantes que despenderam o seu tempo a responder aos instrumentos agradeço a disponibilidade bem como os relatos de fragmentos da sua vida e os sábios conselhos que me ofereceram.

Aos diretores das instituições com quem contactei e aceitaram abrir-me a porta agradeço a oportunidade e a confiança que depositaram em mim.

Às funcionárias das instituições que amavelmente dedicaram parte do seu dia a facilitar o contacto com os residentes.

Aos meus pais, por tudo o que me dão e por tudo o que nos liga. O sentimento é tão forte que dificilmente o consigo transmitir por palavras. Agradeço-vos imensamente

a forma como aceitaram o meu pedido de atrasar por um ano o desenvolvimento deste trabalho e a crença inabalável na minha competência.

Ao Filipe, por ser a minha ilha no meio do caos que foi a minha mente durante estes meses. Pelo incentivo em todos os momentos, por me indicar o caminho nas múltiplas vezes em que me perdi à deriva e por aceitar o meu silêncio. Por ser a minha pessoa.

Aos meus avós pela dedicação com que se esforçaram para facilitar o meu contacto com pessoas que cumpriam os requisitos de participação no estudo. Sem vocês este percurso teria sido tão mais difícil. Agradeço-vos o carinho e o amor incondicional, a porta de casa sempre aberta para me receber e a bondade imensa em cada gesto.

À Ana Marques, minha Maria. Pela disponibilidade para me ouvir em cada chamada, pelas horas de partilha de conhecimento em frente ao temido *software*. Pelo entusiasmo contagiante face a uma tarefa inicialmente tão assustadora. Agradeço-te a forma como tão naturalmente assumiste o papel de explicadora que combinado ao de amiga foi tudo o que poderia desejar nesta fase final. *Se precisares de alguma coisa diz!*

À Daniela, pela amizade constante e tranquila. Por, apesar de longe, saber manter-se presente mesmo quando eu estou demasiado absorvida pelas tarefas que tenho em mãos. Pelos sábios conselhos e por compreender a dificuldade em falar sobre o desenvolvimento deste trabalho.

Por fim, não poderia deixar de agradecer ao Rocky, companheiro de todas as horas, que acompanhou todo o desenvolvimento deste trabalho a meu lado, literalmente, aos pés da minha secretária. Obrigada por todas as lambidelas e mimos carregados de força para continuar a trabalhar.

Resumo

A autopercepção do envelhecimento inclui crenças e expectativas da pessoa idosa que desempenham um papel significativo na sua saúde e bem estar contribuindo para um processo de envelhecimento bem sucedido. A institucionalização pode tornar-se um processo difícil para a pessoa idosa, exigindo a sua adaptação e integração num contexto que frequentemente assume o controlo de vários aspetos da sua vida.

Com o propósito de contribuir para a compreensão do processo de envelhecimento, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre a autopercepção do envelhecimento e o Bem Estar Psicológico em pessoas idosas residentes na comunidade e residentes em instituições e determinar o valor preditivo de variáveis sociodemográficas, psicossociais e relativas à institucionalização para a autopercepção do envelhecimento e Bem Estar Psicológico. Os dados foram recolhidos através da aplicação de instrumentos realizada em sessões individuais. Foi obtida uma amostra constituída por 63 indivíduos de ambos os sexos, 33 residentes na comunidade e 30 residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas.

De uma forma geral, os resultados revelam que as pessoas residentes na comunidade evidenciam uma percepção mais positiva da experiência do envelhecimento e maior Bem Estar Psicológico. Foram identificadas variações na autopercepção do envelhecimento e no Bem Estar Psicológico em função de algumas variáveis sociodemográficas, psicossociais e ligadas à institucionalização. Apresentam-se algumas implicações para a prática clínica e sugestões para futuras investigações.

Palavras-Chave: Autopercepção do Envelhecimento; Bem Estar Psicológico; pessoas idosas; institucionalização.

Abstract

Aging self-perception includes beliefs and expectations of elderly people that plays a significant role in their health and well-being and contributing to a successful aging process. Institutionalization can be a difficult process for elderly people, demanding their adaptation and integration in a context that often takes control of various aspects of their life.

In order to contribute to a comprehension of the aging process this study aims to analyze the relationship between aging self-perception and psychological well-being in elderly people living in the community and residents in institutions and determine the predictive value of socio-demographic, psychosocial and institutionalization variables for the aging self-perception and psychological well-being. Data were collected using instruments applied during individual sessions. It was obtained a sample of 63 individuals of both genders, 33 residents at the community and 30 residents in facilities for older people was obtained.

In general, the results show that people living in the community have a more positive perception of the aging experience and greater psychological well-being. Variations in aging self-perception and psychological well-being were identified for some socio-demographic, psychosocial and institutionalization variables. Some implications for clinical practice and suggestions for future research are presented.

Keywords: Aging self-perception; Psychological Well-being; older people; institutionalization.

Índice Geral

	Página
1. Introdução.....	1
2. Revisão de literatura.....	5
2.1. Processo de envelhecimento.....	5
2.1.1. Perspetiva de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida.....	5
2.1.2. Envelhecimento bem sucedido.....	7
2.1.3. Envelhecimento ativo.....	9
2.1.4. Envelhecimento na terceira e quarta idade.....	10
2.2. Autoperceção do envelhecimento.....	12
2.2.1. Autorregulação no processo de envelhecimento.....	15
2.3. Bem Estar Psicológico.....	19
2.3.1. Correlatos do Bem Estar Psicológico.....	21
2.4. Autoperceção do envelhecimento e Bem Estar Psicológico.....	25
2.5. Institucionalização da pessoa idosa.....	27
3. Metodologia.....	33
3.1. Objetivos e natureza do estudo.....	33
3.2. Obtenção, seleção e caracterização da amostra.....	34
3.3. Instrumentos.....	37
3.3.1. <i>Mini Mental State Examination</i>	37
3.3.2. Questionário sociodemográfico.....	39
3.3.3. <i>Escalas de Bem Estar Psicológico – versão reduzida</i>	39
3.3.4. <i>Questionário de Perceções do Envelhecimento</i>	42

3.4. Procedimento de recolha de dados.....	45
4. Resultados.....	48
4.1. Variáveis psicossociais e ligadas à institucionalização.....	48
4.2. Autoperceção do envelhecimento no grupo de participantes residentes na comunidade.....	51
4.3. Autoperceção do envelhecimento no grupo de participantes institucionalizados.....	53
4.4. Bem Estar Psicológico no grupo de participantes residentes na comunidade.....	55
4.5. Bem Estar Psicológico no grupo de participantes institucionalizados.....	56
4.6. Relação entre a autoperceção do envelhecimento e o Bem Estar Psicológico na amostra residente na comunidade.....	57
4.7. Relação entre o Bem Estar Psicológico e a autoperceção do envelhecimento na amostra institucionalizada.....	58
4.8. Comparação de grupos quanto ao Bem Estar Psicológico e à autoperceção do envelhecimento.....	60
4.9. Valor preditivo das variáveis sociodemográficas, psicossociais e ligadas à institucionalização para a autoperceção do envelhecimento e Bem Estar Psicológico.....	61
5. Discussão e Conclusões.....	70
Referências bibliográficas.....	93

Anexos

Índice de Quadros

	Página
Quadro 1. <i>Caracterização sociodemográfica da amostra, segundo o contexto de residência</i>	36
Quadro 2. <i>Caracterização das variáveis psicossociais dos sujeitos, segundo o contexto de residência</i>	49
Quadro 3. <i>Caracterização dos sujeitos em função das variáveis ligadas à institucionalização</i>	50
Quadro 4. <i>Valores médios das escalas do QPE para o grupo de residentes na comunidade</i>	51
Quadro 5. <i>Frequência das mudanças na saúde experienciadas e das mudanças na saúde atribuídas ao envelhecimento pelos participantes residentes na comunidade</i>	52
Quadro 6. <i>Valores médios das escalas do QPE para o grupo de residentes numa instituição</i>	53
Quadro 7. <i>Frequência das mudanças na saúde experienciadas e das mudanças de saúde atribuídas ao envelhecimento pelos participantes residentes numa instituição</i>	54
Quadro 8. <i>Valores médios das EBEP-R para o grupo de residentes na comunidade</i>	55
Quadro 9. <i>Valores médios das EBEP-R para o grupo de residentes numa instituição</i>	56
Quadro 10. <i>Correlações de Pearson entre QPE e EBEP-R na amostra residente na comunidade</i>	57

Quadro 11. <i>Correlações de Pearson entre QPE e EBEP-R na amostra institucionalizada</i>	59
Quadro 12. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para o Bem Estar Psicológico Total</i>	61
Quadro 13. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Autonomia</i>	62
Quadro 14. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para o Domínio do Meio</i>	62
Quadro 15. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para o Crescimento Pessoal</i>	63
Quadro 16. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para as Relações Positivas com os Outros</i>	63
Quadro 17. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para os Objetivos na Vida</i>	64
Quadro 18. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Aceitação de Si</i>	64
Quadro 19. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Duração Crónica</i>	65
Quadro 20. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Duração Cíclica</i>	65
Quadro 21. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para as Consequências Positivas</i>	66

Quadro 22. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para as Consequências Negativas</i>	66
Quadro 23. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para o Controlo Positivo</i>	67
Quadro 24. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para o Controlo Negativo</i>	67
Quadro 25. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para as Representações Emocionais</i>	68
Quadro 26. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para as Mudanças experienciadas na saúde</i>	68
Quadro 27. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Atribuição das mudanças ao envelhecimento</i>	69
Quadro 28. <i>Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Identidade</i>	69

Anexos

Anexo A – Carta para os diretores das instituições para solicitar a autorização da participação de residentes no estudo

Anexo B – *Mini Mental State Examination* (MMSE)

Anexo C – Questionário sociodemográfico para sujeitos residentes na comunidade

Anexo D – Questionário sociodemográfico para sujeitos institucionalizados

Anexo E – *Escala de Bem Estar Psicológico – versão reduzida* (EBEP-R)

Anexo F – *Questionário de Percepções do Envelhecimento* (QPE)

Anexo G – Consentimento Informado

1. Introdução

A melhoria das condições de saúde nas últimas décadas e a consequente esperança média de vida resultou num aumento da longevidade implicando uma sociedade mais envelhecida. Esta tendência demográfica está bem patente em projeções que apontam que em 2060 a população europeia com idade superior a 65 anos sofrerá um aumento de 18% a 28% e a população com idade superior a 80 anos aumentará 5% a 12%, igualando o número de pessoas entre 0 e 19 anos (European Commission, 2014). O rápido crescimento do segmento da população com idade superior a 65 anos tem vindo a colocar desafios consideráveis em vários domínios e sustenta a necessidade de investigação nesta faixa etária.

A autoperceção do envelhecimento representa um construto multidimensional que inclui crenças e expectativas da pessoa idosa sobre a sua idade e o seu envelhecimento e constitui um indicador de envelhecimento bem sucedido (Levy, 2003; Sneed & Whitbourne, 2005). Estas crenças e expectativas revelaram um papel significativo na saúde e bem estar das pessoas idosas uma vez que as pessoas que percecionam o seu envelhecimento numa valência mais positiva revelaram menos limitações funcionais, maior probabilidade de recorrer a serviços de saúde e maior longevidade (Levy & Myers, 2004; Levy, Slade, Kunkel & Kasl, 2002; Sargent-Cox, Anstey & Luszcz, 2012).

Assim, o estudo do bem estar em pessoas idosas é de grande relevância visto que é considerado um indicador de adaptação à velhice, promovendo um envelhecimento bem sucedido (Cho, 2011; Gibson, 1995; Ryff, 1982). A investigação revelou múltiplos correlatos do Bem Estar Psicológico, nomeadamente de natureza sociodemográfica (idade, género, estado civil, nível educacional, estatuto socioeconómico), biológica

(sistema neuroendócrino, cardiovascular, imunitário e qualidade do sono) e ao nível da personalidade (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008; Ryff, Singer & Love, 2004; Schmutte & Ryff, 1997).

Apesar do esforço no sentido de desenvolver alternativas à institucionalização de pessoas idosas, através da criação de centros de dia ou de apoio domiciliário, o acolhimento em instituições ainda se revela uma solução para muitas pessoas. A dependência física parece ser um dos fatores determinantes, contudo, além dos problemas de saúde e da conseqüente perda de autonomia, o isolamento e a ausência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar da pessoa idosa e que garanta um apoio efetivo em momentos de maior necessidade também parecem constituir fatores determinantes para a institucionalização (Del Duca, Silva, Thumé, Santos & Hallal, 2012; Luppá et al., 2010; Pimentel, 2005). Por um lado, a institucionalização pode significar a integração do idoso em novas redes sociais de apoio, o aumento do sentimento de pertença, a melhoria do bem estar através da prestação de serviços e cuidados básicos, promoção de atividade física, criação de novos projetos ou ainda o reforço dos laços familiares (Cardão, 2009; Oldman & Quilgars, 1999). Por outro lado, o processo de institucionalização pode tornar-se um processo difícil para a pessoa idosa, simbolizado pelo abandono do seu espaço físico e social, exigindo a sua adaptação e integração a um meio restritivo que, frequentemente, assume o controlo de muitos aspetos da sua vida (Matias, 2010; Paúl, 1991; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Tendo em conta o impacto da institucionalização nas pessoas idosas e a necessidade de compreender o processo de envelhecimento nas suas várias dimensões, o propósito do presente estudo, de natureza exploratória, é contribuir para a compreensão

da relação entre a autopercepção do envelhecimento e o Bem Estar Psicológico em pessoas idosas residentes em diferentes contextos.

Dado este propósito, estabeleceram-se os seguintes objetivos: 1) avaliar a autopercepção do envelhecimento, o Bem Estar Psicológico e a relação entre ambos num grupo de pessoas idosas residentes na comunidade e num grupo de residentes em instituições; 2) comparar a autopercepção do envelhecimento e o Bem Estar Psicológico nos dois grupos; 3) determinar o valor preditivo de variáveis sociodemográficas (idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, constituição do agregado familiar, atividade profissional atual ou anterior à reforma), psicossociais (grau de satisfação com a situação económica, tipo de atividades em que se envolve, frequência e qualidade do contacto com familiares e amigos) e ligadas à institucionalização (motivo da institucionalização, sua duração e quem tomou a iniciativa para a mesma) para a autopercepção do envelhecimento e Bem Estar Psicológico.

Foram construídos dois questionários sociodemográficos, um para cada grupo da amostra, para recolher informação relativa às variáveis sociodemográficas, psicossociais e ligadas à institucionalização. O Bem Estar Psicológico foi avaliado através das *Escala de Bem Estar Psicológico - versão reduzida* (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 2004) e a autopercepção do envelhecimento foi avaliada através do *Questionário de Perceções do Envelhecimento* (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey e Conroy, 2007; versão traduzida e adaptada por Claudino, 2007).

Foi obtida uma amostra de conveniência, constituída por sessenta e três indivíduos de ambos os sexos, dos quais trinta e três residentes na comunidade e trinta residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas. Todos os participantes preencheram cumulativamente os seguintes critérios: a) idade igual ou superior a 65

anos, b) ter nacionalidade portuguesa e como língua materna o português e c) não apresentar indícios de deterioração cognitiva ou quadros demenciais diagnosticados. De forma a cumprir este critério, recorreu-se ao *Mini Mental State Examination* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão traduzida e adaptada por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia, 1994) para despistar indícios de deterioração mental. A recolha de dados foi realizada através de sessões individuais. Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22 (SPSS Inc., Chicago, IL) e foram realizadas análises descritivas, análises de correlações, comparação de grupos e análises de regressão múltipla.

2. Revisão de literatura

2. 1. Processo de envelhecimento

2.1.1. Perspetiva de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida

No campo da psicologia o estudo do processo de envelhecimento surgiu somente após um foco intenso e duradouro no desenvolvimento infantil. Um dos principais motivos para esta tendência inicial terá sido a crença de que o desenvolvimento ocorre principalmente durante o período da infância e adolescência e, por isso, atingindo a idade adulta a personalidade estaria formada, não ocorrendo outras mudanças significativas. Assim, acreditava-se que uma vez atingida a maturidade a nível físico e psicológico na idade adulta haveria uma transição para o envelhecimento, sendo este exclusivamente marcado por perdas e por um declínio funcional progressivo dos indivíduos (Leher & Thomae, 2003). Contudo, esta perspectiva, com um enquadramento deficitário, começou a ser considerada demasiado simplista tendo surgido o reconhecimento de que o processo de desenvolvimento é complexo e ocorre desde a concepção até à morte, abrangendo todo o ciclo de vida do indivíduo (Neri, 2001).

O maior foco na psicologia do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, a partir dos anos sessenta, deveu-se sobretudo ao aumento da proporção de pessoas idosas na população e a sua inclusão em estudos empíricos, assim como o interesse e especialização no domínio da gerontologia por vários investigadores que apresentaram soluções inovadoras para os métodos de investigação nesta área (Baltes, Reese & Lipsitt, 1980; Birren & Schaie, 1995; Neugarten, 1996; Schaie & Willis, 1994).

Um dos principais investigadores que se envolveu ativamente na formulação de proposições teóricas que orientam o estudo do desenvolvimento do comportamento em diferentes fases do ciclo de vida foi Baltes (1987) que defendeu a importância de

assumir uma visão interdisciplinar do desenvolvimento psicológico, de forma a permitir uma compreensão mais abrangente do desenvolvimento humano. Segundo este autor, o desenvolvimento ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, não havendo supremacia de uma faixa etária em relação a outra e existe uma multidireccionalidade no desenvolvimento que se reflete na diversidade de direções que se podem observar nas mudanças que constituem a ontogénese. O desenvolvimento é marcado por um conjunto de ganhos e perdas que coocorrem ao longo da vida, mas cuja proporção não é idêntica. Assim, enquanto um recém-nascido apresenta um total de potenciais ganhos superior ao total de potenciais perdas, ao longo do desenvolvimento esta proporção inverte-se aumentando as potenciais perdas e diminuindo os potenciais ganhos. Ainda segundo Baltes (1987), a plasticidade é uma proposição que reflete a adaptabilidade intrapessoal associada ao desenvolvimento psicológico. Neste sentido, dependendo das experiências e condições de vida dos indivíduos, estes poderão desenvolver-se de formas diversas. O contextualismo é aceite como um paradigma da abordagem do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida na medida em que defende que ele é o resultado das interações entre três sistemas de influências desenvolvimentais: os determinantes biológicos e ambientais ligados à idade, os determinantes ligados ao contexto histórico e cultural e, por fim, os eventos marcantes não normativos. Os eventos não normativos são aqueles que não afetam, simultaneamente, todos os indivíduos de um mesmo grupo etário, não sendo, portanto, dependentes quer da ontogenia quer do tempo histórico. A sua ocorrência é imprevisível, podem ser de natureza biológica ou social e interrompem o ritmo do curso de vida esperado, impondo desafios aos recursos pessoais e sociais (Baltes & Smith, 2004).

2.1.2. Envelhecimento bem sucedido

Apesar das múltiplas referências ao termo *Successful Aging*, não existe uma definição ou critérios consensuais sobre o que constitui um envelhecimento bem sucedido (Depp & Jeste, 2006). Neste sentido, o mesmo termo é utilizado para designar abordagens muito distintas. Numa revisão de múltiplas publicações sobre este tópico, Bowling e Dieppe (2005) identificaram definições relativas a teorias biomédicas, psicossociais ou a uma combinação de ambas.

O modelo de Rowe e Kahn (1997) é um dos modelos mais divulgados sobre o envelhecimento bem sucedido e postula a existência de três componentes, com uma ordem hierárquica de importância, cuja conjugação representaria o envelhecimento bem sucedido dos indivíduos. Os três componentes deste modelo são o evitamento da doença e incapacidade, a maximização das funções cognitivas e o envolvimento e compromisso com a vida. Este modelo enfatiza o carácter modificável de características que, num enquadramento deficitário, eram consideráveis espectáveis e normativas do processo de envelhecimento. Contudo, este modelo foi alvo de algumas críticas nomeadamente quanto ao foco nos resultados normativos e objetivos para os quais preconiza uma aplicabilidade universal e a primazia atribuída a condições de saúde para determinar o sucesso ou insucesso do processo de envelhecimento. Por fim, a abordagem dicotómica de sucesso ou insucesso também foi criticada na medida em que se revela redutora da diversidade de significados, valores e percursos de vida dos quais resulta uma subjetividade inerente a cada pessoa e que promove expectativas diversas para o seu próprio envelhecimento, que não são consideradas no modelo enunciado (Masoro, 2001).

Paul e Margret Baltes (1990) propuseram outro modelo que permitiu ultrapassar algumas limitações apontadas ao modelo de Rowe e Kahn (1997). Surgiu assim o modelo SOC (Seleção-Otimização-Compensação) que, integrado numa perspetiva de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, defende que o envelhecimento bem sucedido se baseia num processo dinâmico de equilíbrio entre perdas e ganhos, no qual interagem três processos: a) seleção, em que o indivíduo restringe e prioriza domínios, tarefas ou objetivos consoante as suas capacidades e os recursos do meio, b) otimização, que se refere à maximização do potencial desenvolvimental e adaptativo nos domínios selecionados, permitindo a minimização das perdas e otimização dos ganhos através do investimento nos objetivos selecionados, e c) compensação, através da utilização de meios alternativos quando os recursos se tornam insuficientes para alcançar os objetivos pretendidos. À luz deste modelo, o envelhecimento bem sucedido é visto como um processo adaptativo que, recorrendo a uma estratégia de “otimização seletiva com compensação”, permite a gestão do equilíbrio de perdas e ganhos de uma forma ativa e idiossincrática (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

Godfrey, Townsend e Denby (2004) enfatizaram a influência do contexto cultural e socioeconómico nos processos de seleção, otimização e compensação. Segundo estes autores, importa tomar em consideração o papel das expectativas, normas e valores culturais, bem como de fatores estruturais, como o estatuto socioeconómico, o género, a etnia, que condicionam o valor atribuído aos ganhos e perdas. Os padrões de resposta adotados para gerir o equilíbrio entre ganhos e perdas e as oportunidades e obstáculos com que cada pessoa se depara são também aspetos a considerar.

2.1.3. Envelhecimento ativo

O conceito de envelhecimento ativo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação na sociedade e segurança, com o objetivo de aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade à medida que as pessoas envelhecem .

Aliado à perspectiva do envelhecimento ao longo do ciclo de vida, o envelhecimento ativo ocorre ao longo da vida uma vez que a história individual, aliada ao estilo de vida, se constrói progressivamente concretizando-se em resultados heterogêneos e idiossincráticos (Ribeiro & Paúl, 2011).

O modelo de envelhecimento ativo proposto pela OMS depende de vários determinantes de ordem pessoal (biológicos, genéticos e psicológicos), comportamental (estilo de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde), económica (rendimento, proteção social e trabalho), social (suporte social, prevenção de violência e abuso e promoção da educação e literacia), ambiental (segurança, poluição e ambientes físicos amenos) e, por fim, determinantes relativos a serviços sociais e de saúde acessíveis, de qualidade e orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença (Ribeiro & Paúl, 2011).

Dado os diferentes determinantes do envelhecimento ativo, este implica uma abordagem multidimensional que constitui tanto um desafio para a sociedade em geral como para cada pessoa em particular. Neste sentido, implica a responsabilização e participação de todos no combate à exclusão social, discriminação e na promoção da solidariedade entre gerações. A nível individual, o envelhecimento ativo é possível através da tomada de consciência do poder e controlo que cada pessoa tem sobre a sua

própria vida fomentando a luta pelos seus direitos e o exercício da cidadania (Almeida, 2007).

O modelo de envelhecimento ativo baseia-se numa conceção de saúde como a concretização, ao longo da vida dos indivíduos, do seu potencial de bem estar (no qual as componentes física, mental e social têm um peso igualmente importante) e acrescenta ainda dois pilares básicos, a segurança e a participação social. A defesa destes três pilares são congruentes com o objetivo de otimizar o envelhecimento através da promoção da saúde e ajustamento físico para prevenir a incapacidade, da otimização e compensação das funções cognitivas, do desenvolvimento afetivo e da personalidade e da maximização do envolvimento na sociedade (Fernández-Ballesteros, 2004).

2.1.4. Envelhecimento na terceira e quarta idade

Nos anos 80 começaram a surgir propostas para dividir aquilo que se designava por velhice em dois subgrupos, a terceira e a quarta idade. Estas propostas surgiram quando investigadores de diversas áreas reconheceram que a esperança média de vida na sociedade ocidental tinha aumentado significativamente e que o grupo da população, com idade superior a sessenta anos, estava em rápido crescimento (e. g. Pifer & Bronte, 1986; cit. por Smith, 2002). A definição de subgrupos da população mais velha teve por base uma tentativa de especificar fatores associados à heterogeneidade desta população relativamente à participação social, morbilidade, mortalidade e necessidade de serviços. Contudo, apesar dos dados apresentados relativamente a um conjunto de características próprias de cada categoria, é importante ressaltar a grande heterogeneidade que se observa nas pessoas idosas, tanto em termos de níveis de funcionamento como em termos do momento e progressão do declínio (Smith, 2002).

A entrada na reforma é geralmente definida como o início da terceira idade, aos sessenta e cinco anos, e revela-se associada a vários aspetos positivos do envelhecimento incluindo uma saúde relativamente satisfatória e participação social (Smith, 2002), capacidade funcional (Baltes, 1998), conhecimento e mestria (Singer, Verhaeghen, Ghisletta, Linderberger & Baltes, 2003) e flexibilidade adaptativa no quotidiano (Riediger, Freund & Baltes, 2005).

A definição do início da quarta idade é menos consensual, embora seja globalmente aceite que se situa entre os oitenta e os oitenta e cinco anos, e revela-se menos promissora caracterizando-se por um declínio progressivo a nível biológico e funcional (Laslett, 1991; Suzman, Willis & Manton, 1992; Blanchard-Fields & Kalinauskas, 2009). Neste sentido, as pessoas idosas mais velhas tendem a apresentar maior comorbilidade, mais quadros depressivos e demenciais (Singer, Linderberger & Baltes, 2003) e revelam um decréscimo do Bem Estar Subjetivo (Baltes & Smith, 2003). Quanto ao funcionamento cognitivo, os indivíduos com idade superior a oitenta e cinco anos tendem a revelar menor plasticidade, dificuldades ao nível do processamento de informação complexa, em tarefas de memória, no controlo da atenção e em funções executivas associadas à integridade do lobo frontal (Henry, von Hippel & Baynes, 2009). Ao nível das atividades de vida diária as limitações tornam-se significativamente mais propensas a partir dos oitenta e cinco anos (Rodrigues et al., 2015). É de notar que a população com idade superior a oitenta e cinco anos apresenta um conjunto de características demográficas únicas, como a prevalência muito significativa do sexo feminino, elevados níveis de institucionalização e maior recurso aos serviços médicos e de cuidados médicos (Suzman, Willis & Manton, 1992).

Enquanto as pessoas na terceira idade tendem a ter tempo e energia para investir em certas atividades na medida em que transitam de uma fase de maior ocupação

laboral e obrigações familiares para horários mais flexíveis e com menos responsabilidades, na quarta idade a propensão para condições de saúde crônicas pode exigir a modificação das atividades e hábitos sociais (Glass, Mendes de Leon, Bassuk & Berkman, 2006).

2.2. Autopercepção do envelhecimento

A autopercepção do envelhecimento refere-se à percepção das pessoas sobre a sua própria idade e envelhecimento parecendo moldada pela experiência ao longo do ciclo de vida bem como pelas atitudes da sociedade em geral relativamente ao envelhecimento (Levy, 2003; Sneed & Whitbourne, 2005).

Westerhof e Tulle (2008) evidenciaram que as pessoas tendem a associar a velhice com maior liberdade, experiência de vida, sabedoria, serenidade, relações com os netos e menos responsabilidades. Por outro lado, mencionam também aspetos negativos como as perdas funcionais, de vitalidade, mobilidade, força, perda de independência e de algumas relações pessoais, bem como alterações na aparência. Apesar da existência de estereótipos positivos e negativos associados à velhice, Kotter-Grün e Hess (2012) verificaram que os efeitos dos estereótipos negativos prevalecem sobre os positivos.

Esta prevalência de estereótipos negativos associados à velhice revela-se problemática na medida em que, segundo Meal (citado por Levy, 2003), o *self* é constituído por uma organização das atitudes individuais e das atitudes sociais dos outros ou do grupo social no qual a pessoa se insere. Segundo De Pallo e colaboradores (1995), a internalização dos estereótipos relativos à velhice inicia-se na infância e os indivíduos que internalizaram estes estereótipos parecem desenvolver expectativas congruentes com os mesmos acerca do seu próprio envelhecimento. À medida que as

As pessoas envelhecem estes estereótipos tendem a ser reforçados pela exposição repetida aos principais estereótipos negativos relativos à idade avançada (Levy, Hausdorff, Hencke & Wei, 2000). Assim, quando as pessoas chegam à velhice, os estereótipos internalizados na infância e reforçados ao longo de várias décadas tornam-se autoestereótipos (Levy, 2003). Como um indicador da continuidade entre os estereótipos e os autoestereótipos face à velhice, observou-se que as atitudes das pessoas idosas relativamente ao seu grupo etário são tão negativas como aquelas expressas pelos mais novos relativamente aos mais velhos (Nosek, Banaji & Greenwald, 2002a). Neste sentido, face à internalização dos estereótipos negativos da velhice, estes tornam-se parte do *self* da pessoa, surgindo assim o risco de que os autoestereótipos negativos se transformem em expectativas e predições futuras quanto ao desenrolar do processo de envelhecimento e que estas se manifestem através de comportamentos que correspondam ao que a pessoa acredita que é esperado dela nesta fase do desenvolvimento.

O estudo de Levy e Myres (2004) evidencia este fenómeno na medida em que foram observadas correlações entre a maior atribuição dos problemas à idade e ao envelhecimento com níveis reduzidos de utilização dos serviços de saúde, mecanismos de coping passivos e uma taxa de mortalidade superior. Neste sentido, perceções do envelhecimento positivas parecem estar associadas a comportamentos de promoção da saúde enquanto pessoas com perceções do envelhecimento negativas apresentam fracas expectativas para o seu envelhecimento tendendo a adotar estilos de vida sedentários.

Kotter-Grühn e Hess (2012) utilizaram a idade subjetiva e a satisfação com o envelhecimento como indicadores da autoperceção do envelhecimento. Enquanto os adolescentes e jovens adultos sentem-se mais velhos ou desejam ser mais velhos do que são, os adultos de meia idade e mais velhos tendem a reportar idades subjetivas mais

jovens do que a idade cronológica (Galambos, Turner & Tilton-Weaver, 2005; Rubin & Berntsen, 2006). Quanto à satisfação com o envelhecimento, ao longo do ciclo de vida os indivíduos parecem relativamente satisfeitos com o seu envelhecimento. Contudo, em idades muito avançadas ou próximas da morte parece haver um declínio da satisfação com o envelhecimento (Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grün & Smith, 2008; Kotter-Grün, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf & Smith, 2009). Kotter-Grün e Hess (2012) verificaram que a ativação de estereótipos negativos ligados à idade resultou em efeitos negativos quer para a idade subjetiva quer para a satisfação com o envelhecimento. Assim, pessoas idosas com bom estado de saúde sentiram-se mais velhas após a ativação dos estereótipos negativos e todos os participantes inseridos no estudo relataram o desejo de serem mais novos após a ativação dos estereótipos. Embora exista uma tendência para que indivíduos mais velhos se sintam mais jovens do que são na realidade, este estudo revelou que após a ativação dos estereótipos negativos ligados à idade este viés ficou significativamente reduzido, especialmente em pessoas com mais problemas de saúde.

Vários estudos empíricos têm apontado benefícios ligados a autoperceções positivas do envelhecimento. Estas parecem estar associadas ao melhor estado de saúde, à adoção de comportamento preventivos para a saúde, maior bem estar subjetivo e maior longevidade (Levy, Slade, Kunkel e Kasl, 2002b; Levy & Myers, 2004; Levy & Myers, 2005; Steverink, Westerof, Bode & Dittman-Kohli, 2001; Sargent-Cox, Anstey & Luszcz, 2012; Uotinen, Rantanen & Suutama, 2005). No estudo de Levy, Slade, Kunkel e Kasl (2002b), as pessoas com autoperceções positivas viviam, em média, mais 7.6 anos do que as pessoas com autoperceções negativas do envelhecimento.

2.2.1. Autorregulação no processo de envelhecimento

Barker e colaboradores (2007) defenderam a necessidade de adotar uma perspectiva multidimensional que permitisse uma visão compreensiva da complexidade da experiência de envelhecimento.

Apesar do envelhecimento corresponder a um processo normativo do desenvolvimento, ao contrário de uma doença ou de um stressor típico, é um processo que coloca um conjunto de desafios que é necessário gerir e que exigem um processo de adaptação (Baltes & Baltes, 1990). Neste sentido, Barker e colaboradores (2007) propuseram o recurso ao Modelo de Autorregulação de Leventhal, Nerenz & Steele, (1984) que tem sido extensamente utilizado no contexto da saúde e da doença (Ridder & Wit, 2006). Este modelo tem como pressuposto base que o indivíduo forma uma representação da doença ou da ameaça à sua saúde que pode ser dividida num conjunto de dimensões que incluem: a) *Identidade*, referindo-se a crenças sobre o rótulo da doença, a sua natureza e ligação com os sintomas, b) *Duração* que define as crenças sobre a duração e o curso da doença que pode ser de natureza crónica ou cíclica, c) *Consequências* que refletem as crenças sobre o impacto da doença na vida pessoal, d) *Controlo* relativo às crenças sobre a forma pessoal de lidar com a doença, e) a *Causa* ligada às crenças sobre a causa provável da doença e f) *Representações Emocionais* que se referem às respostas emocionais geradas face à doença. Estas dimensões foram adaptadas ao contexto do processo de envelhecimento.

A dimensão *Identidade* representa as crenças sobre o envelhecimento no contexto da saúde, especificamente, as crenças sobre a ligação entre o envelhecimento e as alterações nos vários domínios da saúde.

A *Duração* é uma dimensão que dá conta da percepção da pessoa do seu próprio envelhecimento ao longo do tempo. Esta dimensão divide-se em dois subgrupos já que pode ser uma *Duração Crónica*, no caso da percepção do envelhecimento e consciência da idade terem uma natureza crónica, ou uma *Duração Cíclica* que se reflete pelas variações na percepção do seu envelhecimento e na consciência da própria idade. A percepção do envelhecimento com uma duração crónica parece estar associada à maior degradação da saúde (Westerhof, Barrett & Steverink, 2003)

A dimensão *Consequências* refere-se às crenças sobre o impacto do envelhecimento em vários domínios na vida da pessoa e também está dividida em dois subgrupos: a) *Consequências Positivas* relativas aos efeitos positivos que as pessoas associam ao processo de envelhecimento e b) *Consequências Negativas* referindo-se aos efeitos negativos associados ao processo de envelhecimento. As crenças sobre consequências positivas resultantes do processo de envelhecimento têm sido associadas a maior criatividade e Bem Estar Subjetivo enquanto as crenças sobre consequências negativas têm sido associadas a depressão e menor Bem Estar Subjetivo (Gattuso, 2001; Lindauer, Orwoll & Kelley, 1997; Steverink, Westerhof, Bode & Dittman-Kohli, 2001).

A dimensão *Controlo* refere-se às crenças pessoais acerca de formas de gerir a própria experiência de envelhecimento. Esta dimensão divide-se em a) *Controlo Positivo*, controlo sobre experiências positivas do envelhecimento e b) *Controlo Negativo*, controlo sobre experiências negativas do envelhecimento. A investigação revela que a percepção de controlo sobre o próprio desenvolvimento favorece o Bem Estar Subjetivo ao longo do ciclo de vida (Lang & Heckhausen, 2001).

Por fim, a dimensão *Representações Emocionais* refere-se às respostas emocionais originadas pela experiência de envelhecer e é especificamente representada pela

preocupação, ansiedade, medo, raiva, e tristeza. Estas respostas emocionais têm sido associadas à degradação da saúde funcional e física (Smith & Freund, 2002) bem como a estratégias de *coping* não adaptativas (Gomez & Madey, 2001).

Nos estudos desenvolvidos por Barker e colaboradores (2007) e McGee, Morgan, Hickey, Burke & Savva (2011), com população irlandesa com idade superior a sessenta e cinco anos residente na comunidade, a dimensão *Controlo Positivo* revelou os resultados mais elevados indicando a perceção de controlo dos sujeitos sobre as experiências positivas do envelhecimento. Os resultados mais baixos foram observados na dimensão *Representações Emocionais* sugerindo menores respostas emocionais desagradáveis face ao envelhecimento. Por outro lado, o estudo com a população portuguesa revelou resultados mais altos na dimensão relativa à maior atribuição de consequências positivas ao processo de envelhecimento, à exceção do grupo etário com idade superior a oitenta anos que revelou uma tendência para associar mais efeitos negativos ao envelhecimento (Duarte-Silva et al., 2013). Os resultados mais baixos, em todos os grupos etários, evidenciaram a menor perceção de controlo sobre efeitos negativos ligados ao processo de envelhecimento.

McGee e colaboradores (2011) identificaram variações na autoperceção do envelhecimento em função de variáveis sociodemográficas. Assim, observaram que, com o avançar da idade, as pessoas tendiam a estar mais conscientes do seu envelhecimento e às consequências negativas do mesmo e, ao mesmo tempo, percecionam uma menor capacidade para gerir essas consequências. As mulheres percecionam maior capacidade para controlar experiências positivas do envelhecimento e percecionam uma evolução mais cíclica do mesmo, enquanto os homens o percecionam de forma mais crónica. Na população portuguesa, embora não tenham sido identificadas diferenças ao nível das dimensões da autoperceção do envelhecimento, foi

notória a tendência feminina para reportar mais queixas de saúde e para atribuir as mesmas ao processo de envelhecimento (Duarte-Silva et al., 2013). O nível de escolaridade mais baixo parece relacionar-se com a percepção negativa do envelhecimento aliada à menor percepção de controlo sobre os efeitos do mesmo, sendo que foram observados resultados idênticos na amostra portuguesa (Duarte-Silva et al., 2013). Ainda no estudo de McGee e colaboradores (2011), o estado de saúde autoavaliado como pobre parece relacionado com a maior consciência do envelhecimento e das suas consequências negativas, bem como com a menor percepção da capacidade para lidar com o mesmo. As melhores condições económicas parecem estar associadas a percepções globalmente mais positivas do processo de envelhecimento, principalmente ao nível da menor atribuição de consequências negativas ao mesmo e à percepção da maior capacidade para as gerir. Também o facto de viver sozinho parece ter um impacto negativo para a autopercepção do envelhecimento, nomeadamente na percepção crónica e cíclica do envelhecimento e da idade, no controlo sobre os seus efeitos negativos e ainda sobre a crença de consequências positivas ligadas ao mesmo. Por fim, McGee e colaboradores (2011) observaram que o contexto de residência em zona rural parece ligado à menor percepção de controlo sobre experiências negativas do envelhecimento, bem como à maior consciência das suas desvantagens.

A expressão do menor controlo sobre experiências ligadas ao envelhecimento e a associação de consequências negativas ao mesmo também se revelam relacionadas com o maior declínio na velocidade da passada num espaço de dois anos (Robertson, Savva, King-Kallimanis & Kenny, 2015).

2.3. Bem Estar Psicológico

Existe uma distinção conceptual entre as duas abordagens dominantes na área de estudo do bem estar: o Bem Estar Subjetivo e o Bem Estar Psicológico.

O Bem Estar Subjetivo tem na sua base uma filosofia *hedónica* que conceptualiza o bem estar como prazer ou felicidade. Esta abordagem, centra-se numa perspectiva individual e subjetiva do bem estar focando a vertente emocional. Neste sentido, o Bem Estar Subjetivo é constituído por três componentes: afetos positivos e afetos negativos, que correspondem às respostas emocionais face aos eventos que ocorrem na vida das pessoas, e uma dimensão cognitiva que consiste na avaliação do individuo quanto à satisfação com a sua vida e que se baseia nos próprios valores, necessidades e sentimentos, independentemente dos valores universais ou do seu funcionamento psicológico (Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

O Bem Estar Psicológico traduz uma orientação *eudaimónica*, considerando o bem estar como o resultado de uma vivência de acordo com o verdadeiro *self* da pessoa (Ryan & Deci, 2001). O Modelo de Bem Estar Psicológico (Ryff, 1989a) surge segundo uma orientação humanista e influenciado pela psicologia clínica, pela psicologia do desenvolvimento e pela saúde mental, com o objetivo de definir, com uma base teórica consistente, a estrutura básica do bem estar em termos psicológicos. Ao contrário do bem estar subjetivo, este modelo não conceptualiza a felicidade como um critério final de bem estar. Os sentimentos generalizados de felicidade representam resultados da vivência de domínios psicológicos diversos que constituem a base para a construção do bem estar e que representam as dimensões a avaliar (Novo, 2003).

Para o desenvolvimento de um modelo de bem estar baseado numa perspectiva de funcionamento psicológico positivo, Ryff (1989a) definiu seis dimensões que constituem o construto multidimensional de Bem Estar Psicológico.

A *Aceitação de Si* é considerada uma dimensão essencial do funcionamento psicológico positivo e representa a atitude da pessoa no sentido de aceitar os vários aspetos do seu *self*, incluindo o seu passado e as suas características pessoais positivas e negativas.

A dimensão *Relações Positivas com os Outros* está associada ao interesse e preocupação com as relações interpessoais. Refere-se à perceção do individuo sobre a sua capacidade para estabelecer e manter relações satisfatórias e significativas com os outros.

A *Autonomia* é uma dimensão do bem estra psicológico que reflete a capacidade da pessoa de resistir às pressões sociais pensando e agindo de acordo com os seus próprios padrões.

O *Domínio do Meio* é uma dimensão ligada à competência pessoal para lidar com o meio em que a pessoa está inserida de forma a ser capaz de criar contextos congruentes com os seus valores e necessidades.

A dimensão *Objetivos de Vida* está associada à identificação de objetivos, metas e projetos que o individuo pretende alcançar e com base nos quais orienta o seu comportamento e dão sentido à sua vida passada e presente.

Por fim, a dimensão *Crescimento Pessoal* refere-se à perceção pessoal de um desenvolvimento contínuo ligado à abertura a novas experiências e ao interesse pelo enriquecimento pessoal ao longo do tempo.

2.3.1. Correlatos do Bem Estar Psicológico

Verificamos que os correlatos do Bem Estar Psicológico mais focados pela investigação têm sido a idade, o género, o estado civil, o nível educacional e o estatuto socioeconómico, a personalidade, o estado de saúde e marcadores biológicos.

Relativamente à idade, vários estudos transversais revelaram algumas vulnerabilidades ao nível do Bem Estar Psicológico nas pessoas mais velhas, especificamente, no que toca à diminuição dos *Objetivos na Vida* e do *Crescimento Pessoal* (Clarke, Marshall, Ryff & Rosenthal, 2000; Ryff, 1989b; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008). Springer, Pudrovska e Hauser (2011) também observaram este declínio num estudo longitudinal. Por outro lado, foi identificado o aumento do *Domínio do Meio* e da *Autonomia* (Ryff, 1989b; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008) Na população portuguesa, a dimensão *Domínio do Meio* revelou resultados semelhantes em todas as faixas etárias analisadas, sendo também a que evidenciou os resultados mais baixos face a todas as dimensões. O *Crescimento Pessoal* revelou-se a dimensão mais importante para todas as faixas etárias, embora num nível inferior no grupo de idade mais avançada. Relativamente à dimensão *Objetivos na Vida*, observa-se um pico entre os 30 e os 49 anos sendo que, a partir desta idade, se observa um decréscimo. As restantes dimensões não revelaram variações significativas em função da idade (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997).

Ryff e Singer (2008), tendo em conta o declínio com a idade nas dimensões *Objetivos na Vida* e *Crescimento Pessoal*, enfatizam a importância de desafiar a sociedade atual nos sentido de fomentar papéis sociais significativos e oportunidades para o crescimento pessoal. Observou-se que as pessoas idosas que se envolveram em atividades de voluntariado revelaram resultados superiores na dimensões *Objetivos na*

Vida do que as pessoas sem estas atividades sugerindo o impacto benéfico de assumir papéis ativos na sociedade (Greenfield & Marks, 2004).

Relativamente ao género, observa-se um maior desenvolvimento nas *Relações Positivas com os Outros* no sexo feminino do que no sexo masculino, não tendo sido identificadas diferenças nas restantes dimensões do Bem Estar Psicológico (Ryff & Keyes, 1995). No estudo com a população portuguesa, os dados recolhidos evidenciaram um padrão diferente na medida em que o sexo feminino não apresentou resultados superiores em nenhuma dimensão. Pelo contrário, o sexo masculino evidenciou resultados superiores nas dimensões *Crescimento Pessoal* e *Objetivos de Vida* (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997).

Quanto ao estado civil, Keyes e Ryff (1998) observaram que as pessoas solteiras apresentam valores superiores nas dimensões *Autonomia* e *Crescimento pessoal* enquanto as pessoas casadas revelam níveis superiores de *Aceitação de Si* e *Objetivos na Vida*. Bierman, Fazio e Milkie (2006) verificaram resultados significativamente superiores das pessoas casadas na dimensão *Objetivos na Vida* e Moe (2012) observou que as mulheres casadas apresentaram resultados mais elevados em todas as dimensões do Bem Estar Psicológico, à exceção de *Autonomia* e *Crescimento Pessoal*.

O nível educacional revela uma relação forte com todas as dimensões do Bem Estar Psicológico, com especial ênfase nas dimensões de *Objetivos na Vida* e *Crescimento Pessoal* (Ryff & Singer, 2008). Segundo estes autores, melhores condições económicas e sociais facilitam a experiência de auto realização. Contudo, apesar desta relação inegável, vários estudos mostram que algumas pessoas revelam grande resiliência quando em condições socioeconómicas pobres ou quando confrontadas com alterações de vida significativas, o que reflete os efeitos da adversidade para a atribuição

de significado à experiência e crescimento pessoal (Markus, Ryff, Curhan & Palmersheim, 2004; Ryff, Keyes & Hughes, 2003)

O estudo de Schutte & Ryff, (1997), sobre a relação entre traços de personalidade e o Bem Estar Psicológico, revelou que o traço de Neuroticismo está negativamente correlacionado com as dimensões de Aceitação de Si, Domínio do Meio, Objetivos na Vida e Autonomia. Por outro lado, a Extroversão mostrou-se positivamente correlacionada com todas as dimensões do Bem Estar Psicológico, à exceção da Autonomia. A Conscienciosidade está positivamente correlacionada com a Aceitação de si, Domínio do meio e Objetivos de vida. Por fim, a Abertura à experiência revelou uma correlação positiva com o Crescimento Pessoal. Num estudo longitudinal, no qual se pretendia relacional o perfil de personalidade na adolescência com o Bem Estar Psicológico na idade adulta, verificou-se que as adolescentes mais extrovertidas revelaram resultados superiores em todas as dimensões do Bem Estar Psicológico na idade adulta. Por outro lado, o Neuroticismo na adolescência predizia o menor Bem Estar Psicológico em todas as dimensões na idade adulta (Abbott et al., 2008).

No campo da saúde foram identificadas relações estreitas entre Relações Positivas com os Outros e a saúde em geral, tanto física como mental (Ryff & Singer, 1998). A saúde física autoavaliada na idade avançada parece predizer o Bem Estar Psicológico através de processos de comparação social (Heidrich & Ryff, 1993). Num estudo longitudinal observou-se que as mulheres que reportavam a sua saúde como muito pobre no início do estudo e que se envolveram em processos positivos de comparação social, revelaram posteriormente melhores relações positivas com os outros, menor depressão e ansiedade (Heidrich & Ryff, 1995). Adicionalmente, eventos stressantes na idade avançada parecem afetar a saúde em função de crenças quanto à

auto eficácia e ao domínio do meio (Monpetit & Bergeman, 2007). Observou-se também que indivíduos, de todas as idades, com boa saúde mental (resultados elevados nos múltiplos domínios do bem estar e distress psicológico limitado) apresentaram menos doenças crônicas em comparação com pessoas com menor bem estar e revelaram também maior produtividade e menor utilização de serviços de saúde (Keyes, 2005; Keyes & Grzywacz, 2005). Por outro lado, a fragilidade nas pessoas idosas (presença e interação de múltiplas limitações médicas e funcionais) foi relacionada com menor Bem Estar Psicológico que, por sua vez, se mostrou relacionado com o aumento da mortalidade a cinco anos (Andrew, Fisk & Rockwood, 2012). Para as pessoas idosas fisicamente mais vulneráveis, a espiritualidade aparece como um recurso para a manutenção do Bem Estar Psicológico (Kirby, Coleman & Daley, 2004).

De notar que, além da relação do Bem Estar Psicológico com a saúde reportada pelas pessoas, têm vindo a ser identificados outros correlatos biológicos. Neste sentido, vários estudos reportaram a associação entre as dimensões do Bem Estar Psicológico com biomarcadores neuroendócrinos, cardiovasculares, imunitários e também com a qualidade do sono (Friedman, Hayney, Love, Singer & Ryff, 2007; Lindfors & Lundberg, 2002; Ryff, Singer & Love, 2004).

Várias outras variáveis têm sido relacionadas com o Bem Estar Psicológico. O otimismo, cujos efeitos mediados pela perceção de controlo, parece predizer o Bem Estar Psicológico; a autoestima estável que prediz resultados mais elevados na Autonomia, Domínio do Meio e Objetivos na Vida do que a autoestima instável; e as estratégias de regulação emocional, nomeadamente a Reavaliação que prediz o maior Bem Estar Psicológico e a Supressão que prediz o resultado oposto (Ferguson & Goodwin, 2010; Gross & John, 2003; Paradise & Kernis, 2002).

Verificou-se também que os Objetivos na Vida e o Crescimento Pessoal contribuem para o compromisso com a carreira (Strauser, Lustig & Çiftçi, 2008). Num estudo longitudinal com uma amostra feminina sueca, observou-se que as mulheres com maior estatuto socioeconómico revelaram melhor estado de saúde e Bem Estar Psicológico do que as mulheres com um estatuto socioeconómico mais baixo (Johansson, Huang & Lindfors, 2007). Quanto à profissão, verificou-se que as professoras revelaram um maior Bem Estar Psicológico do que as mulheres que trabalhavam na banca e estas, por sua vez, apresentaram um maior Bem Estar Psicológico do que as mulheres trabalhadoras na indústria (Srimathi, & Kiran Kumar, 2010). O trabalho e as experiências educacionais parecem preditivas do Bem Estar Psicológico nos adultos mais velhos, enquanto a experiência relacional e familiar parece fortemente preditiva do Bem Estar Psicológico nos adultos de meia idade (Ryff & Heidrich, 1997).

Também a experiência e participação religiosa se revelaram relacionadas com o Bem Estar Psicológico. Na idade adulta avançada, Wink & Dillon (2003) verificaram que a religiosidade revelou uma relação positiva com o domínio das Relações Positivas com os Outros, enquanto a espiritualidade mostrou uma relação positiva com o Crescimento Pessoal. No estudo desenvolvido por Greenfield, Vaillant e Marks (2009) a participação religiosa formal relacionou-se com maior Crescimento Pessoal e Objetivos na Vida, mas menor Autonomia enquanto a espiritualidade revelou uma relação positiva com todos os domínios do Bem Estar Psicológico.

2.4. Autoperceção do envelhecimento e Bem Estar Psicológico

Os estudos sobre a relação entre a autoperceção do envelhecimento e o Bem Estar Psicológico são reduzidos. Silva, Farias, Oliveira e Rabela (2012) identificaram

uma relação entre as atitudes das pessoas idosas e o seu Bem Estar Psicológico. Segundo estes autores, a perspectiva do seu próprio envelhecimento pode funcionar como um mecanismo de *coping* face às perdas da velhice favorecendo assim uma maior capacidade de adaptação às exigências do quotidiano. Os participantes no estudo relataram sentir medo de envelhecer com dependência, sós, inativos e medo da própria morte associada à crescente vulnerabilidade biológica. Contudo, reconhecem também a possibilidade de ganhos como a satisfação com a vida, o sentimento de integridade e a possibilidade de ser feliz associados a esta fase do ciclo de vida. Aliado ao reconhecimento de pontos positivos e negativos associados à velhice por parte de participantes mais velhos, os autores observaram também que as pessoas com maior domínio sobre o seu ambiente, maior perceção de controlo, maior desenvolvimento das suas capacidades e um propósito de vida revelavam uma perceção mais positiva da velhice e maior satisfação e compromisso com uma vida mais ativa.

Assim, as autoperceções positivas do envelhecimento parecem favorecer o maior Bem Estar Psicológico na medida em que funcionam como um recurso de *coping* para lidar com os acontecimentos stressantes associados à velhice, permitindo assim a manutenção e reorganização do Bem Estar Psicológico (Neri, Cachioni & Resende, 2002; Silva, Farias, Oliveira & Rabela, 2012).

No estudo desenvolvido por Fernandes (2014), com um grupo de pessoas de meia idade e um grupo de pessoas idosas verificou-se uma relação entre a autoperceção do envelhecimento e o Bem Estar Psicológico. Esta relação foi principalmente evidente no grupo de pessoas mais velhas. Assim, o Bem Estar Psicológico global parece estar relacionado com a menor perceção crónica do envelhecimento, a menor crença nas consequências negativas do mesmo e maior perceção de controlo sobre os seus efeitos positivos e negativos. A perceção pessoal de um desenvolvimento contínuo revela-se

associada à maior atribuição de efeitos positivos e menos efeitos negativos ao processo de envelhecimento. A capacidade para gerir o meio em que está inserido adaptando-o às suas necessidades e valores parece evidenciar também a maior percepção de controlo sobre experiências positivas do envelhecimento. Por fim, a atitude aceitante das características pessoais e do passado relaciona-se com a menor percepção crónica e cíclica do envelhecimento, a menor atribuição de consequências negativas ao mesmo e menos respostas emocionais desagradáveis.

A relação entre estes dois conceitos sugere que a experiência de envelhecer, aliada ao desenvolvimento normal e positivo, será influenciada pelo significado atribuído à velhice.

2.5. Institucionalização da pessoa idosa

A crescente mobilidade geográfica das populações associada à mudança do estatuto social da mulher, que foi desempenhando um papel ativo na sociedade através da sua inserção no mercado de trabalho e de uma maior atividade em geral, resultaram em alterações sociais significativas que se refletem no desenquadramento social e familiar de algumas pessoas idosas. Neste sentido, observa-se uma transformação da estrutura familiar tradicional em que a convivência intergeracional deu lugar à restrição nuclear dos agregados familiares (Rodrigues, 2001). Estas alterações dificultam a disponibilidade de membros da família para permanecerem em casa de forma a satisfazer as necessidades inerentes ao processo de envelhecimento dos seus familiares idosos.

Assim, apesar do esforço no sentido de desenvolver alternativas à institucionalização de pessoas idosas, através da criação de centros de dia ou de apoio domiciliário, o acolhimento em instituições ainda se revela uma solução para muitas

peças idosas. A dependência física parece ser um dos fatores determinantes da institucionalização da pessoa idosa. Contudo, além dos problemas de saúde e da consequente perda de autonomia, o isolamento e a ausência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar da pessoa idosa e que garanta um apoio efetivo em momentos de maior necessidade parecem constituir fatores determinantes para a institucionalização (Del Duca et al., 2012; Luppá et al., 2010; Pimentel, 2005).

A nível nacional, desde a publicação da Portaria nº 67/2012 de 21 de Março, o termo “lares para idosos” foi substituído pelo termo “estrutura residencial para pessoas idosos”, que pode assumir várias modalidades de alojamento, desde quartos; apartamentos ou moradias. O nº 2 do artigo 1º desta Portaria indica que se considera “estrutura residencial para pessoas idosos”, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”. De acordo com o artigo 3º, a estrutura residencial, nomeadamente o lar para pessoas idosas, deveria guiar-se pelos seguintes objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar, potenciar a integração social.

O estabelecimento destes objetivos reflete a visão atual da pessoa idosa, sendo congruente com os dados da investigação relativamente ao processo de envelhecimento. Assim, observa-se a ação da OMS (2002) na proposta de um quadro de compromisso de ação concreta, que permita aos Estados Membros e às partes interessadas elaborar políticas através de atividades específicas e fixar objetivos concretos no domínio do envelhecimento ativo. A visão biopsicossocial da pessoa idosa também revela uma preocupação relativamente à multidimensionalidade do processo de envelhecimento

enquanto a preocupação com a integração social e as relações familiares é congruente com a importância assumida pelo suporte familiar nesta fase do ciclo de vida (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005; Ribeiro & Paúl, 2011).

Contudo, apesar deste esforço no sentido de promover uma legislação congruente para a melhor satisfação das necessidades psicológicas, sociais, biológicas e ambientais das pessoas, ainda se observam casos nos quais o funcionamento das estruturas residências para pessoas idosas não é orientado no sentido de alcançar os objetivos acima mencionados. Estas situações podem ter como consequências a perda de autonomia, de identidade e a segregação geracional das pessoas idosas (Tomasini & Alves, 2007).

A institucionalização, enquanto processo de adaptação a um novo ambiente, envolve um processo de apropriação, ligação e identidade relativamente longo, e possivelmente doloroso, até que a nova instituição possa ser vista pela pessoa idosa como o seu “lar” (Paúl, 1991). Hersch, Spencer e Kapoor (2003) apontam para a importância do envolvimento da pessoa idosa no processo de tomada de decisão sobre a sua transição para um novo contexto residencial que, segundo estes autores, favorece o reconhecimento da necessidade da mudança bem como dos potenciais benefícios da mesma. A retirada à pessoa idosa do poder de tomar decisões sobre a sua vida nesta circunstância corresponde a retirar-lhe a sua capacidade de participar e controlar a sua vida social. Neste caso, é expectável que o processo de institucionalização se transforme num processo doloroso que poderá resultar na deterioração do estado de saúde, sentimento de inutilidade, depressão, perda de interesse em atividades e isolamento (Matias, 2010).

Segundo Hersch e colaboradores (2004), os desafios que as pessoas enfrentaram ao longo da vida e as estratégias que utilizaram para os ultrapassar, os valores e qualidades pessoais, como a autonomia, resiliência e o grau de abertura a novas experiências constituem fatores que promovem um processo bem sucedido de adaptação à institucionalização.

O processo de institucionalização é, frequentemente, um processo difícil para a pessoa idosa, simbolizado pelo abandono do seu espaço físico e social, obrigando a pessoa a integrar-se e adaptar-se a um meio restritivo que, frequentemente, assume o controlo de muitos aspetos da sua vida (Matias, 2010). A saída de casa para ingressar numa instituição levanta várias questões como a integridade, privacidade e independência da pessoa. Ao mesmo tempo, a institucionalização pode também significar a integração do idoso em novas redes sociais de apoio e aumento do sentimento de pertença, a melhoria do bem estar através da prestação de serviços e cuidados básicos, promoção de atividade física, criação de novos projetos ou ainda o reforço dos laços familiares (Cardão, 2009; Oldman & Quilgars, 1999). Segundo Vendevre (1999; cit. por Matias, 2010), a institucionalização permite, muitas vezes, o fortalecimentos dos laços familiares e da qualidade relacional devido à resolução da excessiva carga física e emocional ligada ao cuidado da pessoa idosa por parte dos familiares, dando assim espaço para a expressão dos afetos.

De forma a facilitar e promover uma adaptação e vivência harmoniosa num novo contexto de residência institucional, seria importante que as instituições destinadas ao internamento de pessoas idosas estivessem preparadas para disponibilizar serviços personalizados que respeitem a individualidade, a privacidade e que sejam sensíveis à diversidade de estilos de vida dos utentes. Neste sentido, a oportunidade de criar os seus próprios hábitos, de adaptar e transformar o seu espaço na instituição de maneira a

construir um sentido de continuidade com o local de residência anterior e favoreceria a percepção da estrutura residencial como o seu “verdadeiro lar” (Matias, 2010).

No que respeita à diferença entre a vivência na comunidade e a vivência num lar residencial, os resultados do estudo de Paúl (1997) com a população portuguesa, revelam que as pessoas idosas residentes em instituições tendem a sentir-se mais sós e insatisfeitas, afastadas das suas redes sociais, num quotidiano monótono e sem esperança ou investimento no futuro. Quanto às pessoas idosas residentes na comunidade, quando revelavam um menor Bem Estar Psicológico observou-se que este se devia, principalmente, à falta de apoio adequado para a realização de tarefas do quotidiano. Aparentemente, variáveis como quem tomou a decisão da ida para o lar, o grau de discrepância entre as competências individuais e o ambiente institucional e ainda variáveis pessoais como a maior ou menor capacidade para se adaptar a contextos formais contribuem para avaliar o impacto da institucionalização numa estrutura residencial para pessoas idosas.

Forsell e Winbland (1999) apontaram a residência em instituições e o tempo de institucionalização como um fator de risco para a depressão em pessoas idosas.

Segundo Frade, Barbosa, Cardoso e Nunes (2015), a depressão é mais comum em pessoas idosas institucionalizadas do que em pessoas idosas residentes na comunidade. Neste sentido, observou-se que 14% da população idosa residente na comunidade apresentava depressão enquanto que o número cresce para 25% a 73% no caso das pessoas idosas institucionalizadas (Fernandes, 2000).

Também Rucan, Hategan, Barbat e Alexiu (2010) concluíram que as pessoas idosas institucionalizadas em estruturas residenciais têm maior risco de depressão

moderada a grave assim como maior frequência de pensamentos suicidas quando comparadas com pessoas idosas não institucionalizadas.

Os resultados obtidos por Barroso e Tapadinhas (2006) observaram que as pessoas idosas institucionalizadas relatavam maior frequência de sentimentos de solidão e maiores níveis de depressão. As autoras verificaram ainda que as pessoas idosas casadas apresentavam menor frequência de sentimentos de solidão e que as pessoas com menor contacto com familiares e amigos bem como com menor percepção de preocupação dos mesmos revelavam maior frequência de sentimentos de solidão. Por fim, constataram que as pessoas idosas com menor percepção de preocupação dos amigos e que menos ocupavam os tempos livres com leitura apresentavam maiores níveis de depressão.

O estudo desenvolvido por Moral, Navarro-Pardo, Galan e Rodriguez (2012) evidenciou a institucionalização enquanto variável moderadora do Bem Estar Psicológico. Neste sentido, verificou a menor percepção de desenvolvimento e enriquecimento pessoal contínuo, menor envolvimento interpessoal, menor capacidade para adaptar o meio às suas necessidades e uma atitude menos aceitante das características pessoais nas pessoas idosas institucionalizadas.

A comparação das imagens e estereótipos do envelhecimento entre pessoa idosas institucionalizadas e não institucionalizadas revelou que as pessoas institucionalizadas apresentam um maior número de estereótipos e imagens negativas do envelhecimento (e. g. tristeza, dependência, antiquado) enquanto as pessoas não institucionalizadas revelam um maior número de imagens e estereótipos positivos (e. g. maturidade, atividade, afetividade) (Lopes, Afonso, Cerqueira & Pereira, 2012).

3. Metodologia

3.1. Objetivos e natureza do estudo

Com o propósito de contribuir para a compreensão sobre a relação entre a autopercepção do envelhecimento e o Bem Estar Psicológico em pessoas idosas em contexto institucional e comunitário, foram delineados para o presente estudo, de natureza quantitativa e exploratória, os seguintes objetivos:

1) Avaliar dimensões de Bem Estar Psicológico e de autopercepção do envelhecimento num grupo de sujeitos residentes na comunidade e num grupo de sujeitos institucionalizados.

No presente trabalho optou-se por adotar o conceito de autopercepção do envelhecimento defendido por Barker e colaboradores (2007) que o consideram como sendo multidimensional e que inclui as seguintes dimensões: *Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Positivas, Consequências Negativas, Controlo Positivo, Controlo Negativo, Representações Emocionais e Identidade*. Para avaliar o Bem Estar Psicológico adotou-se o modelo de Ryff (1995) que postula a existência de seis dimensões representativas deste conceito: *Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas com os Outros, Objetivos na Vida e Aceitação de Si*.

2) Analisar as relações entre as dimensões do Bem Estar Psicológico e da autopercepção do envelhecimento nos dois grupos de sujeitos.

3) Comparar as dimensões do Bem Estar Psicológico e da autopercepção do envelhecimento nos dois grupos da amostra.

4) Determinar o valor preditivo das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, constituição do agregado familiar, atividade profissional atual ou anterior à reforma), psicossociais (grau de satisfação com a situação económica, tipo de atividades em que se envolve, frequência e qualidade do contacto com familiares e amigos) e ligadas à institucionalização (motivo da institucionalização, sua duração e quem tomou a iniciativa para a mesma) para a auto percepção do envelhecimento e Bem Estar Psicológico.

3.2. Obtenção, seleção e caracterização da amostra

Para a obtenção da amostra recorreu-se a um processo de amostragem não probabilística de propagação geométrica (Maroco, 2007) que resultou numa amostragem de conveniência obtida através de referências múltiplas por parte de sujeitos que reuniam os critérios de inclusão no estudo, bem como através de diretores de estruturas residenciais para pessoas idosas. O contacto com estas estruturas residenciais realizou-se através de um contacto pessoal com os diretores das mesmas que permitiu a apresentação da investigadora, do propósito e do âmbito do estudo. Durante este encontro foi entregue uma carta que seria assinada pelo(a) diretor(a) caso autorizasse a participação de residentes no estudo (Anexo A). O contacto com os residentes foi realizado após a obtenção da autorização dos diretores a quem foi solicitada a participação.

Foram estabelecidos os três seguintes critérios de participação: a) idade igual ou superior a 65 anos, b) ter nacionalidade portuguesa e como língua materna o português e c) não apresentar indícios de deterioração cognitiva ou quadros demenciais diagnosticados. O critério da idade adotado baseou-se no consenso existente quanto à adoção desta idade como limiar para os estudos focados nas pessoas idosas e pelo facto

de muitas estruturas residenciais para pessoas idosas estabelecerem os sessenta e cinco anos como a idade mínima de admissão dos utentes.

Este estudo contou com a participação de 63 participantes, dos quais 33 residentes na comunidade e 30 residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas. A idade média dos sujeitos é de 77 anos ($M = 77.03$; $DP = 8.382$), 66.7% são do sexo feminino, 47.6% dos sujeitos são casados e 44.4% são viúvos.

Os sujeitos residentes na comunidade têm idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos, residem no distrito de Lisboa e são reformados (87.9%). A maioria dos sujeitos são casados ou vivem em união de facto (75.8%), a profissão anterior ou atual corresponde à classe de trabalhadores não qualificados (33.3%) e à classe de trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (27.3%). Cerca de metade dos sujeitos residentes na comunidade tem dois filhos (51.5%) e 9.1% não tem filhos.

Os dados dos sujeitos residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas foram recolhidos em sete instituições no distrito de Lisboa. Todos estes sujeitos estão reformados e têm idades compreendidas entre os 67 e os 98 anos. A sua profissão anterior está maioritariamente inserida na classe de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção, segurança e vendedores (46.7%) e têm dois (33.3%), um (23.3%) ou nenhum filho (26.7%). Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos são viúvos (70%).

Atendendo ao Quadro 1, podemos observar a caracterização detalhada da amostra relativamente às variáveis sociodemográficas.

Quadro 1*Caracterização sociodemográfica da amostra, segundo o contexto de residência*

		Comunidade^a		Instituição^b	
Idade	Média	71.85		82.73	
	Desvio Padrão	4.764		7.808	
		Frequência	%	Frequência	%
Sexo	Feminino	18	54.5	24	80
	Masculino	15	45.5	6	20
Estado Civil	Solteiro(a)	0	0	2	6.7
	Casado(a)/união de facto	25	75.8	5	16.7
	Viúvo(a)	7	21.2	21	70
	Divorciado(a)/Separado(a)	1	3	2	6.7
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	4	12.1	7	23.3
	Sabe ler/escrever sem grau académico	7	21.2	5	16.7
	4º ano ou equivalente	18	54.5	10	33.3
	6º ano ou equivalente	1	3	4	13.3
	9º ano ou equivalente	1	3	2	6.7
	Ensino secundário	0	0	1	3.3
	Ensino superior	2	6.1	1	3.3
Número de filhos	0	3	9.1	8	26.7
	1	7	21.2	7	23.3
	2	17	51.5	10	33.3
	3	4	12.1	2	6.7
	4	2	6.1	2	6.7
	6	0	0	1	3.3
Com quem vive	Sozinho	3	9.1		
	Marido/Esposa/Companheiro(a)	26	78.8		
	Filho(s)	6	18.2		
	Irmãos	0	0		
	Netos	2	6.1		
	Ajudante familiar/auxiliar(remunerado)	0	0		
	Mãe/Pai	2	6.1		
	Pessoa de quem cuida	1	3		

Continuação do Quadro 1

		Comunidade ^a		Instituição ^b	
		Frequência	%	Frequência	%
Dimensão do agregado familiar	1	2	6.1		
	2	24	72.7		
	3	7	21.2		
Reformado		29	87.9		
Profissão atual ou anterior	Dirigentes	0	0	4	13.3
	Intelectuais e científicas	2	6.1	0	0
	Nível intermédio	1	3	0	0
	Pessoal administrativo	0	0	5	16.7
	Serviços pessoais	4	12.1	14	46.7
	Agricultura, pesca, floresta	4	12.1	2	6.7
	Indústria e construção	9	27.3	2	6.7
	Máquinas e montagem	0	0	1	3.3
	Não qualificados	11	33.3	1	3.3

Dirigentes = representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; Intelectuais e científicas = especialistas das atividades intelectuais e científicas; Nível intermédio = técnicos e profissões de nível intermédio; Serviços pessoais = trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção, segurança e vendedores; Agricultura, pesca, floresta = trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; Indústria e construção = trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; Máquinas e montagem = operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; Não qualificados = trabalhadores não qualificados.

Nota. N = 63; ^a n = 33; ^b n = 30

3.3. Instrumentos

3.3.1. Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo B)

De forma a determinar indícios de deterioração cognitiva que inviabilizariam a participação no estudo foi utilizado o *Mini Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975) traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1994). A escolha deste instrumento teve por base a sua fácil e rápida aplicação, considerando os níveis atencionais mais reduzidos desta população.

O MMSE foi desenvolvido para avaliar alterações do estado cognitivo de pacientes geriátricos sendo amplamente utilizado, quer em contexto clínico quer em contexto de investigação. Fornece informações sobre diferentes áreas do funcionamento cognitivo, contendo questões agrupadas em seis categorias que avaliam a orientação, a retenção, a atenção e cálculo, a evocação, a linguagem e a capacidade construtiva.

O resultado do MMSE pode variar de um mínimo de 0 pontos até um total máximo de 30 pontos. Na validação deste instrumento para a população portuguesa, Guerreiro (1998) identificou os seguintes pontos de corte: apresentam défice cognitivo os indivíduos analfabetos com pontuação igual ou inferior a 15, os indivíduos com escolaridade entre um a onze anos e uma pontuação igual ou inferior a 22, e indivíduos com escolaridade superior a onze anos e uma pontuação igual ou inferior a 27.

Morgado Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins (2009) atualizaram os valores normativos deste instrumento e estabeleceram os seguintes valores operacionais do MMSE para a população portuguesa: a) para pessoas sem qualquer escolaridade e pessoas com até dois anos de escolaridade o ponto de corte estabelecido é 22, b) para pessoas com três a seis anos de escolaridade o ponto de corte é 24, c) para pessoas com sete ou mais anos de escolaridade o ponto de corte de referência é 27. No presente estudo serão utilizados os critérios estabelecidos por Morgado e colaboradores (2009).

A fidelidade do instrumento, determinada pelo método *split-half* no teste e subteste e pela consistência interna revelou-se boa (Morgado et al., 2009). O valor de consistência interna é moderado ($\alpha = 0.464$). Segundo Morgado e colaboradores (2009), este valor pode ser explicado pela heterogeneidade dos diferentes subtestes que avaliam domínios cognitivos diferentes.

3.3.2. Questionário sociodemográfico

No âmbito da recolha de dados sociodemográficos da amostra, foram elaborados dois questionários, um para a amostra de indivíduos residentes na comunidade (Anexo C) e outro para a amostra de indivíduos institucionalizados (Anexo D). Nestes questionários solicitava-se aos sujeitos que indicassem a idade, o género, o estado civil, o nível de escolaridade, a constituição do agregado familiar, atividade profissional atual ou anterior à reforma e o número de filhos. Estes questionários incluíram também questões relativas a variáveis psicossociais como o grau de satisfação com a situação económica (muito satisfatória, satisfatória, pouco satisfatória ou nada satisfatória), o tipo de atividades em que habitualmente se envolvem, a frequência do contacto com familiares e amigos (muitas vezes, às vezes, poucas vezes ou raramente), bem como sobre a qualidade atribuída a estas relações (muito satisfatórias, satisfatórias, pouco satisfatórias ou nada satisfatórias). Para os sujeitos residentes em instituições foram incluídas questões sobre o período de tempo a residir na instituição, o motivo da institucionalização bem como quem tomou a iniciativa para a mesma.

3.3.3. Escalas de Bem Estar Psicológico – versão reduzida (EBEP-R) (Anexo E)

As Escalas de Bem Estar Psicológico, na sua versão original *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB), têm como referencial teórico o modelo multidimensional de Ryff (1989a). Assim, de forma a operacionalizar as seis dimensões constituintes do Bem Estar Psicológico, Ryff desenvolveu um instrumento de autoavaliação que integra seis escalas que, embora construídas e validadas como medidas independentes, podem ser aplicadas conjuntamente.

A *Autonomia* é uma escala cujo objetivo é avaliar a capacidade dos indivíduos de resistir às pressões sociais e a sua determinação para se basear nos seus padrões

personais quando pensam, agem e se avaliam (e. g. “Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.”).

A escala *Domínio do Meio* foi concebida para avaliar a capacidade dos indivíduos para dominar e lidar com o meio em que estão inseridos, especificamente, a capacidade para criar contextos congruentes com os valores e necessidades pessoais (e. g. “Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.”).

A escala *Crescimento Pessoal* foi desenvolvida para avaliar a perceção pessoal de um desenvolvimento contínuo, abertura a novas experiências e o desejo de enriquecimento pessoal (e. g. “Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.”).

A escala *Relações Positivas com os Outros* pretende avaliar o interesse pelas relações interpessoais e a capacidade dos indivíduos para estabelecer relações satisfatórias e significativas (e. g. “Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.”).

A escala *Objetivos na Vida* representa a identificação de objetivos ou metas que os indivíduos pretendem atingir e quão intensamente essas aspirações direcionam o comportamento e o sentido que é atribuído à vida (e. g. “Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade”).

A *Aceitação de Si* é uma escala que permite avaliar a atitude de aceitação das características pessoais, positivas ou negativas, bem como da aceitação do passado (e. g. “Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.”).

As escalas são apresentadas como um inventário de autoavaliação em que os itens são afirmações de carácter descritivo cuja modalidade de resposta é do tipo *Likert*,

com seis categorias desde 1- “Discordo completamente” até 6- “Concordo completamente”. De forma a controlar as tendências de resposta, nomeadamente a tendência para a aquiescência, existem itens descritos de forma afirmativa (itens positivos) e itens descritos pela negativa (itens negativos) em cada escala. Os itens positivos são cotados com a pontuação correspondente à resposta dada pelos indivíduos enquanto os itens negativos são cotados segundo uma pontuação em escala inversa. O resultado final de cada escala permite identificar a evidência das características teoricamente subjacentes à dimensão avaliada.

Na sua versão original, as escalas de Bem-Estar Psicológico são constituídas por um conjunto de 20 itens por escala, num total de 120 itens (Ryff, 1989a). Os estudos de validação revelaram um bom nível de consistência interna para cada escala (coeficientes entre .86 e .93), grande estabilidade temporal (coeficientes entre .81 e .88) e índices adequados de validade convergente e discriminante com outras medidas. Posteriormente, foi apresentada uma nova versão das escalas com 14 itens por escala, num total de 84 itens. Mais tarde, veio ainda a ser desenvolvida outra escala, mais reduzida, com 3 itens por escala, num total de 18 itens. Esta nova forma apresenta valores de correlação com as escalas originais, de 20 itens, entre .70 e .89 (Ryff & Keyes, 1995).

A adaptação das escalas à língua portuguesa foi inicialmente realizada a partir da forma constituída por 84 itens. Num primeiro estudo de validação entre a versão original e a versão experimental portuguesa, observou-se a equivalência de conteúdos entre as duas versões, índices de consistência interna e temporal adequados das diversas medidas (*alpha de Cronbach* entre .74 e .86 para as seis escalas e 0.93 para o conjunto das escalas) e uma sensibilidade das medidas à diferenciação interindividual e, em alguns casos, em função da idade e do sexo (Novo et al., 1997). Foi ainda proposta uma

dimensão global de bem estar, designada por *Bem Estar Psicológico Total*. Esta dimensão global contribui para uma maior diferenciação dos resultados na medida em que permite dois níveis de análise, a análise específica das seis componentes do Bem Estar Psicológico e a identificação da eficácia relativa das diferentes dimensões, sendo possível identificar diferenças interindividuais (Novo, 2003).

No presente estudo foi utilizada a versão mais reduzida das escalas, com um total de 18 itens, designada como *Escalas de Bem Estar Psicológico – versão reduzida* (EBEP-R; Novo, et al., 2004). Esta versão foi construída a partir das escalas originais adaptadas para português por Novo e colaboradores (1997). A construção desta versão teve por base o estudo fatorial da versão de 84 itens e corresponde aos itens que abrangem os conteúdos mais representativos de cada escala favorecendo, desta forma, uma boa associação dos resultados com a versão original (Novo, Neto, Marcelino & Santo, 2006). Esta escala ainda não foi alvo de um estudo normativo específico, contudo, é de notar que este instrumento revelou evidências da validade das medidas que proporciona. Estas evidências são representadas pelas diferenças significativas observadas na perceção de bem estar pessoal e de satisfação numa amostra de indivíduos diagnosticados com psicopatologia psiquiátrica e noutra amostra de indivíduos sem qualquer psicopatologia identificada (Novo, et al., 2006).

No presente estudo, as *EBEP-R* apresentaram uma consistência interna aceitável (α standardizado = 0.766).

3.3.4. Questionário de Perceções do Envelhecimento (QPE) (Anexo F)

O Questionário de Perceções do Envelhecimento (QPE; Barker, et al., 2007), na sua versão original *Aging Perceptions Questionnaire* (APQ), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Claudino (2007), foi construído de forma a contribuir para

uma avaliação mais abrangente, sustentada por uma base teórica, das percepções do envelhecimento.

Neste sentido, basearam-se no Modelo de Autorregulação de Leventhal e colaboradores (1984), atrás descrito, adaptando as suas dimensões ao processo de envelhecimento. Esta adaptação resultou no desenvolvimento do QPE que permite avaliar a autoperceção do envelhecimento e facilita a identificação de casos de risco e de maior vulnerabilidade ao longo do processo de envelhecimento.

Este instrumento é constituído por um total de 49 itens organizados em duas partes. A primeira parte, constituída por 32 itens, refere-se às *Opiniões sobre Envelhecer* e as respostas são dadas usando uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, desde 1 – “Discordo Fortemente” a 5 – “Concordo Fortemente”. A segunda parte, constituída por 17 itens, é relativa à *Experiência de Mudanças Relacionadas com a Saúde* e baseia-se em respostas dicotómicas (Sim/Não).

O questionário divide-se em oito escalas em que as primeiras sete são obtidas a partir dos itens que constituem a primeira parte do questionário e a última escala é obtida através dos itens correspondentes à segunda parte.

A escala *Duração Crónica* avalia em que medida os indivíduos percecionam o seu envelhecimento e a sua idade de forma crónica (e. g. “Sinto a minha idade em tudo o que faço.”).

A *Duração Cíclica* é uma escala que identifica variações na percepção do envelhecimento e na consciência da idade (e. g. “A minha consciência de estar a envelhecer varia bastante de dia para dia”).

A escala *Consequências Positivas* mede a atribuição de efeitos positivos ao processo de envelhecimento, ou seja, em que medida a pessoa tende a associar aspetos positivos ao facto de estar a envelhecer (e. g. “À medida que envelheço fico mais sábio.”).

A escala *Consequências Negativas* avalia a atribuição de efeitos negativos ao processo de envelhecimento (e. g. “Envelhecer torna tudo mais difícil para mim.”).

O *Controlo Positivo* é uma escala que se refere à percepção que a pessoa tem da sua capacidade para controlar experiências positivas ligadas ao envelhecimento (e. g. “A qualidade da minha vida social na idade avançada depende de mim.”).

O *Controlo Negativo* reflete a percepção de controlo sobre experiências negativas associadas ao processo de envelhecimento (e. g. “Não tenho controlo sobre a possível perda de vigor e gosto pela vida.”).

A escala *Representações Emocionais* mede emoções como preocupação, medo, raiva, ansiedade e tristeza enquanto respostas emocionais face ao processo de envelhecimento (e. g. “Sinto-me zangado(a) quando penso que estou a envelhecer.”).

Por fim, a escala *Identidade* avalia as crenças dos indivíduos quanto à associação que fazem entre as mudanças ligadas à saúde e o processo de envelhecimento. O resultado nesta escala é obtido através dos itens correspondentes à segunda parte do questionário, *Experiência de Mudanças Relacionadas com a Saúde*. Num primeiro momento, o indivíduo reporta se experienciou as mudanças de saúde apresentadas nos itens e, de seguida, indica se atribui as mudanças identificadas ao processo de envelhecimento. A divisão do número de mudanças identificadas pelo número de mudanças atribuídas ao envelhecimento permite obter o resultado desta escala *Identidade*.

A versão original do QPE apresenta boas propriedades psicométricas, revelando coeficientes *Alpha de Cronbach* acima de .70 e maioritariamente acima de .80, o que sugere uma boa consistência interna e permite confiar nos resultados (Barker, et al., 2007). A escala *Identidade* não foi alvo de um estudo da consistência interna na medida em que esta consiste num conjunto de diferentes alterações relativas à saúde.

O estudo das qualidades psicométricas da versão portuguesa do QPE revelou que os valores dos coeficientes *Alfa de Cronbach* das sete dimensões do instrumento variam entre .66 e .86 e a escala total obteve um coeficiente de *Alpha de Cronbach* de .86 (Claudino, Ferreira, Carmona & Tavares, 2011).

No presente estudo, o QPE apresentou uma consistência interna aceitável (α estandardizado = 0.713).

3.4. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de sessões individuais com duração aproximada de 45 minutos, para cada participante. Estas sessões foram realizadas em locais isolados, como a sala de leitura ou de cuidados médicos no caso das instituições, promovendo a confidencialidade das respostas bem como a minimização da probabilidade de interrupção por parte de outras pessoas. O mesmo aconteceu no caso dos sujeitos a residir na comunidade que foram informados *à priori* das condições requeridas. Assim, informaram a investigadora do momento mais adequado para possibilitar a aplicação num local isolado e sem interrupções.

O primeiro momento da participação dos sujeitos consistiu na apresentação do consentimento informado (Anexo G). Consoante a capacidade de leitura e o desejo do participante este podia ser lido pelo próprio ou pela investigadora. Neste documento consta a apresentação da investigadora, o âmbito, objetivo geral do estudo e a temática

das questões a apresentar. Foi comunicada a duração aproximada da participação, a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, incluindo a informação de que não seriam registados o nome nem qualquer informação identificativa dos sujeitos. Constan ainda no consentimento informado os requisitos de participação no estudo, bem como o pedido de divulgação do estudo a outras pessoas que cumprissem as mesmas condições de participação. Por fim, era apresentado o endereço de email para o contacto posterior caso o participante desejasse conhecer os resultados gerais da investigação. No fim do consentimento informado, os sujeitos colocaram uma cruz que indicava a leitura do documento apresentado e a participação voluntária no estudo.

Após este primeiro momento, procedia-se à aplicação do *Mini Mental State Examination* e, consoante o resultado obtido, podiam ou não ser aplicados os restantes instrumentos. Assim, quando o resultado no *Mini Mental State Examination* era inferior ao ponto de corte estipulado para a escolaridade do participante dava-se como terminada a recolha de dados. Por outro lado, quando o resultado no *Mini Mental State Examination* era superior ao ponto de corte dava-se início ao preenchimento do questionário sociodemográfico específico consoante se tratasse de um(a) participante institucionalizado(a) ou residente na comunidade.

Concluída esta tarefa procedia-se à aplicação das *Escalas de Bem Estar Psicológico – versão reduzida*, e seguidamente do *Questionário de Perceções do Envelhecimento*.

Os procedimentos de aplicação foram adaptados ao presente estudo. Assim, consoante a capacidade de leitura e vontade expressas pelos sujeitos, a leitura das instruções e dos itens bem como o preenchimento das respostas podia ser feito pelos sujeitos ou pela investigadora. Recorreu-se à técnica de desdobramento de resposta

sugerida por Ryff e Keyes (1995) que consiste em solicitar aos sujeitos que façam uma primeira avaliação do conteúdo do item de forma a perceber se concorda ou discorda do mesmo e, numa segunda avaliação é pedido que indique o grau de concordância ou discordância. O procedimento de aplicação individual e o recurso a esta técnica revelam-se adequados considerando a faixa etária dos sujeitos, na medida em que facilitam o processo de preenchimento dos instrumentos (Novo, 2003).

4. Resultados

Para a análise estatística dos dados recolhidos recorreu-se ao software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), na sua versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Segundo o teorema do limite central, e considerando a dimensão das duas amostras independentes ($n \geq 30$), é possível afirmar que a distribuição da média amostral tende para uma distribuição normal (Maroco, 2007). Assim sendo, foram utilizados testes paramétricos para analisar os dados recolhidos.

A análise de dados é apresentada de acordo com os objetivos estabelecidos tendo sido utilizados procedimentos de análise descritiva, análise correlacional, comparação de grupos e análise de regressão.

4.1. Variáveis psicossociais e ligadas à institucionalização

Atendendo ao Quadro 2, podemos verificar que o grupo de sujeitos residentes na comunidade classifica a sua situação económica como sendo satisfatória (60%), participa em atividades com familiares (72.7%) e amigos (72.7%) e considera as suas relações de amizade (63.6%) e familiares (57.6%) satisfatórias.

Metade dos sujeitos institucionalizados consideram a sua situação económica satisfatória e 33.3% dizem estar pouco satisfeitos com a mesma. Este grupo participa principalmente em atividades com a família (43.3%), sendo que as relações com a família (53.3%) e com amigos (43.3%) são classificadas como sendo satisfatórias. Atendendo ao Quadro 3, observamos que este grupo da amostra se encontra a residir em instituições, em média, há 24 meses. Os motivos para a institucionalização reportados com maior frequência foram o apoio familiar insuficiente (60%) e a ocorrência

frequente de quedas (50%). A iniciativa para a institucionalização partiu dos filhos (46.7%) e do próprio (43.3%).

Quadro 2

Caracterização das variáveis psicossociais dos sujeitos, segundo o contexto de residência

		Comunidade ^a		Instituição ^b	
		Frequência	%	Frequência	%
Situação económica	Muito Satisfatória	2	6.1	3	10
	Satisfatória	20	60	15	50
	Pouco Satisfatória	7	21.2	10	33.3
	Nada Satisfatória	4	12.1	2	6.7
Tipo de atividades	Com familiares	24	72.7	13	43.3
	Com amigos	24	72.7	9	30
	Centro de dia	2	6.1	1	3.3
	Aulas/Formações	2	6.1	5	16.7
	Grupos recreativos/religiosos	7	21.2	5	16.7
	Jardinagem/Agricultura	12	36.4	2	6.7
	Costura/Bordados/Tricô	3	9.1	5	16.7
	Artes Manuais	2	6.1	2	6.7
	Explicações	2	6.1	0	0
	Leitura	0	0	6	20
	Ver televisão	0	0	6	20
	Exercício físico	2	6.1	4	13.3
Contacto com familiares		33	100	30	100
Frequência do contacto com familiares	Muitas vezes	18	54.5	11	36.7
	Às vezes	13	39.4	9	30
	Poucas vezes	2	6.1	5	16.7
	Raramente	0	0	5	16.7
Qualidade atribuída às relações familiares	Muito satisfatórias	11	33.3	9	30
	Satisfatórias	19	57.6	16	53.3
	Pouco satisfatórias	3	9.1	3	10
	Nada satisfatórias	0	0	2	6.7
Contacto com amigos		32	97	22	73.3
Frequência do contacto com amigos	Muitas vezes	11	33.3	7	23.3
	Às vezes	16	48.5	7	23.3
	Poucas vezes	5	15.2	5	16.7
	Raramente	0	0	3	10

Continuação Quadro 2

		Comunidade ^a		Instituição ^b	
		Frequência	%	Frequência	%
Qualidade atribuída às relações de amizade	Muito satisfatórias	10	30.3	8	26.7
	Satisfatórias	21	63.6	13	43.3
	Pouco satisfatórias	1	3	1	3.3
	Nada satisfatórias	0	0	0	0

Nota. $N = 63$; $n^a = 33$; $n^b = 30$

Quadro 3

Caracterização dos sujeitos em função das variáveis ligadas à institucionalização

Variáveis			
Duração da institucionalização (meses)	Média	24.48	
	Desvio Padrão	21.871	
		Frequência	%
Motivo(s) para a institucionalização	Solidão	6	20
	Apoio familiar insuficiente	18	60
	Quedas frequentes	15	50
	Saúde física	13	43.3
	Saúde mental	1	3.3
	Sem abrigo	1	3.3
	Doença do(a) parceiro(a)	1	3.3
Quem tomou a iniciativa para a institucionalização	Próprio(a)	13	43.3
	Filho(s)	14	46.7
	Cônjuge	1	3.3
	Irmãos	1	3.3
	Afilhada	1	3.3
	Cunhada	1	3.3
	Sobrinhos	2	6.7
	Genro/Nora	3	10
Médico(s)	2	6.7	

Nota. $N = 30$

4.2. Autopercepção do envelhecimento no grupo de participantes residentes na comunidade

No Quadro 4 reportam-se os resultados da análise descritiva das escalas do QPE para os participantes residentes na comunidade, permitindo caracterizar a autopercepção do envelhecimento nesta amostra.

Quadro 4

Valores médios das escalas do QPE para o grupo de residentes na comunidade

Escalas	Média	Desvio-Padrão
Duração Crónica	3.24	.65
Duração Cíclica	3.15	.85
Consequências Positivas	3.76	.75
Consequências Negativas	4.00	.75
Controlo Positivo	3.93	.64
Controlo Negativo	2.50	.74
Representações Emocionais	3.28	1.16

Nota. N = 33

Atendendo ao Quadro 4 observa-se que esta amostra revelou o resultado mais elevado em *Consequências Negativas*, revelando crenças acerca do impacto negativo do envelhecimento na vida, e o resultado mais baixo em *Controlo Negativo*, indicando a percepção de uma menor capacidade para controlar experiências negativas associadas ao envelhecimento.

A análise da distribuição de frequências de respostas aos itens permitiu identificar os itens que mais contribuíram para os resultados nestas duas dimensões. Assim, relativamente à dimensão *Consequências Negativas*, 90% dos sujeitos residentes na comunidade concordaram, de alguma forma, com o item “Envelhecer limita as coisas que consigo fazer”. Quanto à dimensão *Controlo Negativo*, 91% concordaram com o

item “Quando for mais velho(a) a minha capacidade de me movimentar não depende de mim”.

Quadro 5

Frequência das mudanças na saúde experienciadas e das mudanças de saúde atribuídas ao envelhecimento pelos participantes residentes na comunidade

Mudanças na saúde	Frequência (%)	
	Experienciou esta mudança	Atribuiu a mudança ao envelhecimento
Problemas de peso	30.3	3
Problemas em dormir	51.5	12.1
Hérnia discal	21.2	6.1
Dores nas articulações	75.8	48.5
Não ter facilidade em movimentar-se	45.5	36.4
Perda do equilíbrio	33.3	9.1
Perda de força	69.7	42.4
Abrandar o ritmo	75.8	54.5
Cãibras	54.5	33.3
Problemas nos ossos ou nas articulações	60.6	27.3
Problemas de coração	24.2	6.1
Problemas nos ouvidos ou em ouvir	30.3	18.2
Alterações nos olhos e na visão	69.7	33.3
Problemas respiratórios	24.2	12.1
Problemas nos pés	45.5	27.3
Depressão	36.4	9.1
Ansiedade	57.6	15.2

Nota. N = 33

No Quadro 5 é possível observar que as mudanças na saúde experienciadas pelos participantes residentes na comunidade foram maioritariamente dores nas articulações, o abrandamento do ritmo, perda de força e alterações nos olhos e na visão. A mudança de saúde experienciada com menor frequência por este grupo de participantes foi relativa à hérnia discal. O abrandamento do ritmo, as dores nas articulações e a perda de força

foram as mudanças na saúde que mais frequentemente foram atribuídas ao processo de envelhecimento.

4.3. Autopercepção do envelhecimento no grupo de participantes institucionalizados

Para caracterizar a autopercepção do envelhecimento no grupo de participantes residentes numa instituição reportam-se, no Quadro 6, os resultados da análise descritiva das escalas do QPE.

Quadro 6

Valores médios das escalas do QPE para o grupo de residentes numa instituição

Escalas	Média	Desvio-Padrão
Duração Crónica	3.62	.46
Duração Cíclica	3.23	.81
Consequências Positivas	3.88	.93
Consequências Negativas	4.26	.56
Controlo Positivo	3.52	.73
Controlo Negativo	2.25	.64
Representações Emocionais	3.39	.90

Nota. N = 30

Observa-se que esta amostra revelou o resultado mais elevado em *Consequências Negativas*, revelando crenças acerca do impacto negativo do envelhecimento na vida, e o resultado mais baixo em *Controlo Negativo*, indicando a percepção de uma menor capacidade para controlar experiências negativas associadas ao mesmo.

A análise da distribuição de frequências de respostas aos itens permitiu identificar os itens que mais contribuíram para os resultados nestas duas dimensões. Assim, relativamente à dimensão *Consequências Negativas*, 96.6% dos sujeitos

residentes em instituições concordaram, de alguma forma, com o item “À medida que envelheço participo em menos atividades”. Quanto à dimensão *Controlo Negativo*, 86.7% concordaram com o item “Quando for mais velho(a) a minha capacidade de me movimentar não depende de mim”.

Quadro 7

Frequência das mudanças na saúde experienciadas e das mudanças de saúde atribuídas ao envelhecimento pelos participantes residentes numa instituição

Mudanças na saúde	Frequência (%)	
	Experienciou esta mudança	Atribuiu a mudança ao envelhecimento
Problemas de peso	36.7	6.7
Problemas em dormir	46.7	16.7
Hérnia discal	-	-
Dores nas articulações	66.7	26.7
Não ter facilidade em movimentar-se	60.0	20.0
Perda do equilíbrio	76.7	50.0
Perda de força	80.0	53.3
Abrandar o ritmo	83.3	53.3
Cãibras	23.3	3.3
Problemas nos ossos ou nas articulações	50.0	26.7
Problemas de coração	13.3	6.7
Problemas nos ouvidos ou em ouvir	40.0	30.0
Alterações nos olhos e na visão	10.0	46.7
Problemas respiratórios	23.3	6.7
Problemas nos pés	26.7	13.3
Depressão	23.3	13.3
Ansiedade	33.3	13.3

Nota. N = 30

No Quadro 7 é possível observar que as mudanças na saúde experienciadas pelos participantes residentes numa instituição foram maioritariamente o abrandamento do ritmo, a perda de força e a perda do equilíbrio. Nenhum dos participantes reportou a

hérnia discal como alteração experienciada na saúde. O abrandamento do ritmo, a perda de força e a perda do equilíbrio foram também as mudanças de saúde que mais frequentemente foram atribuídas ao processo de envelhecimento.

4.4. Bem Estar Psicológico no grupo de participantes residentes na comunidade

No Quadro 8 estão representados os resultados da análise descritiva das EBEP-R para os participantes residentes na comunidade, permitindo caracterizar o Bem Estar Psicológico nesta amostra.

Quadro 8

Valores médios das EBEP-R para o grupo de residentes na comunidade

Escalas	Média	Desvio-Padrão
Autonomia	12.94	3.05
Domínio do Meio	13.67	2.59
Crescimento Pessoal	13.48	2.36
Relações Positivas com os Outros	13.36	2.95
Objetivos na Vida	12.21	3.77
Aceitação de Si	14.18	3.02
Bem Estar Psicológico Total	79.85	12.04

Nota. N = 33

É possível observar que a dimensão na qual os resultados se revelaram superiores foi a *Aceitação de Si*, enquanto a dimensão *Objetivos de Vida* apresentou os resultados mais baixos.

A análise da distribuição de frequências de respostas aos itens permitiu identificar os itens que mais contribuíram para os resultados nestas dimensões. Assim, relativamente à dimensão *Aceitação de Si*, 96.9% dos sujeitos residentes na comunidade concordaram, de alguma forma, com a afirmação “Gosto da maior parte dos aspetos da minha personalidade”. Quanto à dimensão *Objetivos de Vida*, 66.7% dos indivíduos

discordaram da afirmação “Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade”.

4.5. Bem Estar Psicológico no grupo de participantes institucionalizados

No Quadro 9 apresentam-se os resultados da análise descritiva das EBEP-R para os participantes residentes em instituições, permitindo caracterizar o Bem Estar Psicológico nesta amostra.

Quadro 9

Valores médios das EBEP-R para o grupo de residentes numa instituição

Escalas	Média	Desvio-Padrão
Autonomia	13.17	2.79
Domínio do Meio	11.00	3.51
Crescimento Pessoal	11.20	2.22
Relações Positivas com os Outros	11.47	3.79
Objetivos na Vida	8.60	3.36
Aceitação de Si	12.00	3.07
Bem Estar Psicológico Total	67.43	12.04

Nota. N = 30

Observamos que a escala *Autonomia* revelou os resultados mais elevados enquanto a escala *Objetivos de Vida* apresentou os resultados mais baixos neste grupo da amostra.

A análise da distribuição de frequências de respostas aos itens permitiu identificar os itens que mais contribuíram para os resultados nestas dimensões. Assim, relativamente à dimensão *Autonomia*, 83.3% dos sujeitos residentes em instituições concordaram, de alguma forma, com a afirmação “Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas”. Quanto à dimensão *Objetivos de Vida*, 76.6% dos indivíduos concordaram com a afirmação “Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida”.

4.6. Relação entre a autopercepção do envelhecimento e o Bem Estar Psicológico na amostra residente na comunidade

O cálculo de correlações de *Pearson* permitiu identificar relações significativas entre as escalas do QPE e as escalas das EBEP-R. Com base na classificação proposta por Pallant (2005), considera-se fraca uma correlação entre .10 e .29, uma correlação moderada entre .30 e .49 e uma correlação forte entre .50 e 1.

Quadro 10

Correlações de Pearson entre QPE e EBEP-R na amostra residente na comunidade

QPE	EBEP-R						
	Autonomia	Domínio do Meio	Crescimento Pessoal	Relações Positivas com os Outros	Objetivos na Vida	Aceitação de Si	Bem Estar Psic. Total
Duração Crónica	-.099	-.033	-.024	-.092	-.135	-.073	-.120
Duração Cíclica	-.512**	-.298	.040	-.086	-.042	-.011	-.223
Conseq. Positivas	-.112	.231	.358*	.217	.474**	-.095	.269
Conseq. Negativas	-.016	-.158	-.191	-.045	-.146	-.017	-.137
Controlo Positivo	-.095	-.056	.384*	.210	.237	.007	.166
Controlo Negativo	-.139	.179	.246	.470**	.314	.102	.290
Rep. Emocionais	-.405*	-.110	.089	.021	.015	.033	-.091
Mudanças na saúde	-.086	-.323	-.291	-.415*	-.477**	-.309	-.477**
Atrib. mudanças ao envelh.	.324	-.171	-.291	-.217	-.178	.029	-.114
Identidade	-.346*	-.109	-.035	-.181	-.305	-.302	-.333

Nota. Bem Estar Psic. Total = Bem Estar Psicológico Total; Conseq. Pos. = Consequências Positivas; Conseq. Neg. = Consequências Negativas; Rep. Emocionais = Representações Emocionais; Atrib. mudanças ao envelh. = Atribuição das mudanças ao envelhecimento. N = 63
 $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Atendendo ao Quadro 10, é possível observar que as *Mudanças experienciadas na saúde* apresentam o maior número de relações com escalas das EBEP-R, nomeadamente, as *Relações Positivas com os Outros*, os *Objetivos na Vida* e o *Bem Estar Psicológico Total*. Este resultado sugere que a experiência de um maior número de mudanças na saúde parece estar associada ao menor Bem Estar Psicológico e, mais especificamente, menor interesse pelas relações interpessoais e capacidade para estabelecer relações satisfatórias e significativas, e ainda, menor identificação de objetivos a alcançar.

A escala *Autonomia* parece estar relacionada com as escalas *Duração Cíclica*, *Representações Emocionais* e *Identidade*. Estes resultados sugerem que a capacidade para resistir às pressões sociais pensando e agindo de acordo com os seus próprios padrões parece estar associada a menores variações na perceção do envelhecimento e na consciência da própria idade, respostas emocionais como a raiva, medo, preocupação e tristeza menos frequentes, e ainda, menos crenças sobre a relação entre alterações nos domínios da saúde e o processo de envelhecimento.

4.7. Relação entre o Bem Estar Psicológico e a autoperceção do envelhecimento na amostra institucionalizada

O Quadro 11 apresenta as relações identificadas através da análise de correlações de *Pearson* na amostra institucionalizada. É possível observar que a escala *Controlo Positivo* apresenta relações estatisticamente significativas com todas as escalas das EBEP-R, à exceção de *Autonomia*. As relações são positivas e a sua força varia entre moderada e forte. Estes resultados sugerem que a perceção de uma maior capacidade para controlar experiências positivas ligadas ao envelhecimento parece estar relacionada com maior Bem Estar Psicológico e, mais especificamente, com maior

capacidade para criar contextos congruentes com os valores e necessidades pessoais, maior percepção do contínuo desenvolvimento pessoal e abertura a novas experiências, maior interesse pelas relações interpessoais e capacidade para estabelecer relações satisfatórias e significativas, estabelecimento de objetivos que guiam o comportamento e dão sentido à vida e, finalmente, uma atitude de aceitação das características pessoais e da vivência passada.

Quadro 11

Correlações de Pearson entre QPE e EBEP-R na amostra institucionalizada

QPE	EBEP-R						
	Autono- mia	Domínio do Meio	Cresci- mento Pessoal	Relações Positivas com os Outros	Objetivos na Vida	Aceita- ção de Si	Bem Estar Psic. Total
Duração Crônica	.164	.013	-.084	-.051	-.117	.083	-.001
Duração Cíclica	-.240	-.530**	-.061	-.065	-.242	-.403*	-.412*
Conseq. Positivas	-.116	.268	.381*	.444*	.330	.350	.443*
Conseq. Negativas	-.142	-.324	-.126	-.172	-.402*	-.442*	-.430*
Controlo Positivo	.091	.497**	.404*	.553**	.423*	.593**	.684**
Controlo Negativo	.192	.317	-.048	.279	.371*	.227	.377*
Rep. Emocionais	-.215	-.292	-.006	-.014	-.195	-.301	-.272
Mudanças na saúde	-.099	-.063	.053	-.115	-.111	-.257	-.165
Atrib. mudanças ao envelh.	-.137	.040	.212	-.165	.142	.092	.030
Identidade	.038	-.113	-.167	.058	-.226	-.312	-.180

Nota. Bem Estar Psic. Total = Bem Estar Psicológico Total; Conseq. Pos. = Consequências Positivas; Conseq. Neg. = Consequências Negativas; Rep. Emocionais = Representações Emocionais; Atrib. mudanças ao envelh. = Atribuição das mudanças ao envelhecimento. $N = 63$
 $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

A escala *Bem Estar Psicológico Total* revelou ainda uma relação negativa com a *Duração Cíclica* e com *Consequências Negativas* e uma relação positiva com *Consequências Positivas* e *Controlo Negativo*. As relações identificadas são moderadas. Estes resultados sugerem que o Bem Estar Psicológico está relacionado com menos variações na percepção do envelhecimento e na consciência da idade, com menor atribuição de efeitos negativos ao processo de envelhecimento e maior atribuição de efeitos positivos ao mesmo, bem como com maior percepção de controlo sobre experiências negativas associadas ao processo de envelhecimento.

4.8. Comparação de grupos quanto ao Bem Estar Psicológico e à autopercepção do envelhecimento

Para determinar diferenças entre o grupo de pessoas residentes na comunidade e o grupo de pessoas residentes numa instituição, quanto ao Bem Estar Psicológico e à autopercepção do envelhecimento, recorreu-se ao teste *t-Student* e *MANOVA*.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($t = - 4.088$; $p = 0.001$) no *Bem Estar Psicológico Total* (correspondente ao resultado bruto das EBEP-R), com os participantes residentes na comunidade a apresentar resultados mais elevados.

As dimensões das EBEP-R foram analisadas através de uma *MANOVA* que evidenciou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Domínio do Meio* ($p=0.001$), *Crescimento Pessoal* ($p=0.000$), *Relações Positivas com os Outros* ($p=0.030$), *Objetivos na Vida* ($p = 0.000$) e *Aceitação de Si* ($p=0.006$) com o grupo de participantes residentes na comunidade a apresentar resultados mais elevados.

Nas dimensões do QPE foram identificadas diferenças marginais (Maior raiz de Roy=0.64) nas dimensões *Duração Crónica* ($p=0.011$), em que os participantes

residentes numa instituição apresentaram resultados superiores, e *Controlo Positivo* ($p=0.022$), com resultados superiores no grupo residente na comunidade.

4.9. Valor preditivo das variáveis sociodemográficas, psicossociais e ligadas à institucionalização para a autoperceção do envelhecimento e Bem Estar Psicológico

As regressões múltiplas efetuadas permitem analisar a forma como as variáveis independentes (sociodemográficas, psicossociais e ligadas à institucionalização) explicam e predizem as variáveis dependentes (escalas das EBEP-R e do QPE).

Bem Estar Psicológico Total

O Quadro 12 apresenta as variáveis que contribuem para 68.1% do resultado do *Bem Estar Psicológico Total* ($R^2 = 0.681$; $p \leq 0.001$).

Quadro 12

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para o Bem Estar Psicológico Total

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Participação em atividades com amigos	12.695	2.303	.475***
Iniciativa dos filhos para a institucionalização	-7.635	2.802	-.236**
Viver com os netos	23.403	6.173	.316***
Situação económica nada satisfatória	-14.806	3.555	-.334***
Contacto com amigos - às vezes	8.252	2.338	.299***
Relações familiares muito satisfatórias	7.764	2.275	.275***

Nota. $N = 63$. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Autonomia

As variáveis apresentadas no Quadro 13 explicam 29.8% do resultado da *Autonomia* ($R^2 = 0.298$; $p \leq 0.001$).

Quadro 13

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Autonomia

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Iniciativa de sobrinhos para a institucionalização	4.607	1.838	.285*
Viver sozinho	-3.726	1.518	-.280*
Saber ler ou escrever sem grau académico	-2.670	.889	-.368**
Situação económica muito satisfatória	3.110	1.415	.267*

Nota. $N = 63$. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Domínio do Meio

Relativamente ao *Domínio do Meio*, 47.0% do seu resultado é explicado pelas variáveis apresentadas no Quadro 14 ($R^2 = 0.470$; $p \leq 0.001$).

Quadro 14

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para o Domínio do Meio

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Iniciativa dos filhos para a institucionalização	-2.507	.883	-.315**
Contacto com amigos	3.440	1.135	.337**
Situação económica nada satisfatória	-3.780	1.127	-.346***
Institucionalização devido a doença psicológica	-6.659	2.550	-.260**
Viver com os netos	4.231	1.878	.231*

Nota. $N = 63$. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Crescimento Pessoal

O Quadro 15 apresenta as variáveis que explicam 50.8% do resultado do *Crescimento Pessoal* ($R^2 = 0.508$; $p \leq 0.001$).

Quadro 15

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para o Crescimento Pessoal

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Participação em atividades com amigos	1.232	.522	.243*
Frequentar um centro de dia	2.903	1.131	.251**
Duração da institucionalização	-.036	.013	-.268**
Contacto com a família - raramente	-2.038	.985	-.202*
Iniciativa dos sobrinhos para a institucionalização	-4.668	1.489	-.333**
Frequenta grupos recreativos ou religiosos	1.960	.720	.301**

Nota. N = 63. *p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Relações Positivas com os Outros

No Quadro 16 observamos as variáveis que predizem 65.6% do resultado nas *Relações Positivas com os Outros* ($R^2 = 0.656$; $p \leq 0.001$).

Quadro 16

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para as *Relações Positivas com os Outros*

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Participação em atividades com amigos	3.046	.574	.453***
Contacto com a família – muitas vezes	1.488	.597	.222*
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	-3.868	.929	-.347***
Ensino secundário ou equivalente (10 - 12 anos de escolaridade)	-9.344	2.275	-.357***
Número de filhos	.631	.239	.226**
Iniciativa do cônjuge para a institucionalização	5.431	2.175	.208*
Contacto com a família – poucas vezes	-2.114	.985	-.190*

Nota. N = 63. *p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Objetivos na Vida

Quanto aos *Objetivos na Vida*, as variáveis identificadas no Quadro 17 explicam 67.9% do resultado desta escala ($R^2 = 0.679$; $p \leq 0.001$).

Quadro 17

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para os Objetivos na Vida

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Institucionalização devido a doença física	-5.419	.811	-.554***
Contacto com amigos – às vezes	3.197	.676	.383***
Contacto com amigos – muitas vezes	2.906	.709	.331***
Situação económica nada satisfatória	-2.871	1.053	-.214**
Envolvimento em atividades de costura/bordados	-3.448	1.021	-.291***
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	6.662	2.750	.212*

Nota. $N = 63$. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Aceitação de Si

O Quadro 18 apresenta as variáveis que explicam 63.5% do resultado da *Aceitação de Si* ($R^2 = 0.635$; $p \leq 0.001$).

Quadro 18

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Aceitação de Si

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Iniciativa dos filhos para a institucionalização	-4.059	.688	-.524***
Relações de amizade pouco satisfatórias	-6.676	1.588	-.376***
Contacto com familiares – poucas vezes	-3.265	.926	-.307***
Envolvimento em atividades de costura/bordados	2.851	.849	.304***
Desempregado	-3.544	1.258	-.242**
Tempo desde o divórcio	-.152	.049	-.306**
3º ciclo ou equivalente (7-9 anos de escolaridade)	3.238	1.428	.221*

Nota. $N = 63$. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Duração Crónica

As variáveis apresentadas no Quadro 19 predizem 51.5% do resultado da *Duração Crónica* ($R^2 = 0.515$; $p \leq 0.001$).

Quadro 19

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Duração Crónica

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Número de pessoas em casa	-.215	.053	-.404***
Ensino superior	-1.132	.271	-.409***
Sabe ler ou escrever sem grau académico	-.494	.149	-.328**
Situação económica pouco satisfatória	-.432	.135	-.317**
Relações familiares pouco satisfatórias	-.619	.196	-.308**
Solteiro(a)	-.756	.335	-.225*

Nota. $N = 63$. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Duração Cíclica

Relativamente à *Duração Cíclica*, 57.7% do seu resultado é explicado pelas variáveis apresentadas no Quadro 20 ($R^2 = 0.575$; $p \leq 0.001$).

Quadro 20

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Duração Cíclica

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Idade	.079	.012	.810***
Iniciativa do próprio para a institucionalização	-.766	.218	-.388***
Situação económica pouco satisfatória	-.802	.175	-.436***
Contacto com amigos – poucas vezes	-.757	.205	-.347***
Trabalhadores não qualificados	.700	.207	.345***
Atividades de artes manuais	.949	.350	.254**
Iniciativa da cunhada para a institucionalização	1.244	.588	.196*

Nota. $N = 63$. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Consequências Positivas

No Quadro 21 observamos as variáveis que explicam 35.5% do resultado nas *Consequências Positivas* ($R^2 = 0.355$; $p \leq 0.001$).

Quadro 21

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para as Consequências Positivas

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
1º ciclo ou equivalente (4 anos de escolaridade)	-.610	.187	-.361**
Participação em atividades com familiares	.689	.196	.403***
Viver com os netos	1.424	.527	.305**
Iniciativa dos sobrinhos para a institucionalização	1.247	.512	.267*
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	.963	.429	.251*

Nota. $N = 63$. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Consequências Negativas

Quanto às *Consequências Negativas*, 23.5% do seu resultado é compreendido pelas variáveis apresentadas no Quadro 22 ($R^2 = 0.235$; $p \leq 0.001$).

Quadro 22

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para as Consequências Negativas

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	-1.411	.415	-.395***
Institucionalização devido a doença física	.381	.181	.245*

Nota. $N = 63$. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Controlo Positivo

Relativamente ao *Controlo Positivo*, as variáveis identificadas no Quadro 23 predizem 58.8% do resultado desta escala ($R^2 = 0.588$; $p \leq 0.001$).

Quadro 23

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para o Controlo Positivo

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Iniciativa dos filhos para a institucionalização	-.865	.156	-.513***
Jardinagem e atividades agrícolas	-.742	.148	-.452***
Iniciativa do genro/nora para a institucionalização	-1.042	.348	-.270**
Divorciado(a)	-.853	.295	-.268**
Relações de amizade muito satisfatórias	.310	.139	.205*
Número de filhos	.108	.053	.187*

Nota. N = 63. *p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Controlo Negativo

No Quadro 24 estão identificadas as variáveis que predizem 17.3% do resultado do *Controlo Negativo* ($R^2 = 0.173$; $p \leq 0.004$).

Quadro 24

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para o Controlo Negativo

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Situação económica nada satisfatória	-.691	.281	-.297*
Participação em atividades com amigos	.395	.169	.281*

Nota. N = 63. *p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Representações Emocionais

Relativamente às *Representações Emocionais*, 34.7% do seu resultado é explicado pelas variáveis apresentadas no Quadro 25 ($R^2 = 0.347$; $p \leq 0.001$).

Quadro 25

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para as Representações Emocionais

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Saber ler ou escrever sem grau académico	1.114	.300	.417***
Divorciado(a)	1.572	.537	.332**
Viver com a mãe e/ou pai	1.700	.640	.295**
Relações de amizade muito satisfatórias	-.629	.255	-.279*
Atividades de artes manuais	1.162	.527	.245*

Nota. N = 63. *p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Mudanças experienciadas na saúde

No Quadro 26 estão apresentadas as variáveis que explicam 16.0% do número de *Mudanças experienciadas na saúde* ($R^2 = 0.160$; $p \leq 0.007$).

Quadro 26

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para as Mudanças experienciadas na saúde

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Saber ler ou escrever sem grau académico	.123	.052	.285*
Aulas ou ações de formação	-.143	.065	-.266*

Nota. N = 63. *p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Atribuição das Mudanças ao Envelhecimento

O Quadro 27 apresenta as variáveis que predizem 47.9% do resultado da *Atribuição das Mudanças ao Envelhecimento* ($R^2 = 0.479$; $p \leq 0.001$).

Quadro 27

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Atribuição das mudanças ao envelhecimento

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Jardinagem ou atividades agrícolas	.187	.044	.463***
Iniciativa do próprio para a institucionalização	.165	.048	.398***
Duração da institucionalização	-.003	.001	-.277*
Saber ler ou escrever sem grau académico	-.107	.043	-.251*
Atividades de costura/bordados	.156	.052	.310**
Relações de amizade satisfatórias	.095	.037	.276**
Vive com uma pessoa de que cuida	-.296	.139	-.222*

Nota. N = 63. *p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Identidade

O Quadro 28 apresenta as variáveis explicativas de 57.6% do resultado da escala *Identidade* ($R^2 = 0.576$; $p \leq 0.001$).

Quadro 28

Sumário da análise de regressão múltipla stepwise para a Identidade

Variáveis independentes	B	Erro Padrão	Beta
Saber ler ou escrever sem grau académico	22.562	4.469	.485***
Jardinagem ou atividades agrícolas	-13.583	4.108	-.308**
Institucionalização devido a sentimentos de solidão	-14.105	5.938	-.227*
Divorciado(a)	19.716	7.893	.231*
Situação económica nada satisfatória	20.531	6.165	.331**
Técnicos e profissões de nível intermédio	43.162	14.089	.297**
Contacto com amigos – poucas vezes	-15.298	5.189	-.306**

Nota. N = 63. *p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

5. Discussão e Conclusões

A análise da autopercepção do envelhecimento nos indivíduos residentes na comunidade permitiu observar que a escala *Consequências Negativas* revelou os resultados mais elevados e que o *Controlo Negativo* apresentou os resultados mais baixos. Este resultado indica a maior atribuição de efeitos negativos ao processo de envelhecimento, ou seja, a crença de que este processo está associado a múltiplas consequências negativas. Este resultado é congruente com a literatura que refere a internalização de estereótipos resultante do contacto com os mesmos ao longo da vida promovendo, na velhice, o risco de que os autoestereótipos se transformem em expectativas e predições futuras quanto ao desenrolar do processo de envelhecimento (Nosek, Banaji & Greenwald, 2002a; Levy, 2003). Aliado a este fenómeno, os baixos resultados no *Controlo Negativo* indicam a reduzida percepção de controlo sobre experiências negativas associadas ao processo de envelhecimento. Estes resultados também podem ser compreendidos à luz do impacto dos autoestereótipos uma vez que a transformação dos autoestereótipos em expectativas e predições futuras deixa pouco espaço à percepção de que a pessoa pode desempenhar um papel importante na vivência do seu processo de envelhecimento. Tal foi visível no estudo de Levy e Myres (2004) que observaram uma relação entre percepções do envelhecimento positivas e a adoção de comportamentos de promoção da saúde, enquanto pessoas com percepções do envelhecimento negativas apresentavam fracas expectativas para o seu envelhecimento tendendo a adotar estilos de vida sedentários. Assim, as expectativas para o processo de envelhecimento parecem estar relacionadas com a adoção de comportamentos que refletem aquilo que a pessoa acredita ser normativo nesta fase da vida. Neste sentido, o estudo de Levy e Myres (2004) evidencia este fenómeno na medida em que foram observadas correlações entre a maior atribuição dos problemas à idade e ao

envelhecimento com níveis reduzidos de utilização dos serviços de saúde, mecanismos de coping passivos e uma taxa de mortalidade superior.

No estudo desenvolvido por Duarte-Silva e colaboradores (2011) observaram-se resultados semelhantes. Assim, os sujeitos também evidenciaram uma menor capacidade para controlar efeitos negativos associados ao envelhecimento e o grupo etário com idade superior a oitenta anos também obteve o resultado mais elevado na escala que reflete a maior atribuição de consequências positivas ao processo de envelhecimento. Os restantes dois grupos etários, embora com resultados próximos, revelaram associar mais consequências positivas do que negativas ao envelhecimento. Este resultado parece apontar para a distinção entre a terceira e quarta idade que sugere uma maior vulnerabilidade às perdas numa idade mais avançada.

Quando comparamos os valores médios das escalas do QPE no presente estudo com os valores obtidos com a população irlandesa no estudo de validação do instrumento original, observamos que, globalmente, a amostra portuguesa a residir na comunidade apresentou resultados superiores, à exceção das *Consequências Positivas* em que o resultado foi idêntico e do *Controlo Negativo* em que os residentes na comunidade neste estudo apresentaram resultados inferiores (Barker, et al., 2007). Estes resultados sugerem que os participantes no presente estudo percecionam o seu processo de envelhecimento e a sua idade de forma mais crónica e com maiores variações, associam mais consequências positivas e negativas ao envelhecimento, percecionam uma maior capacidade para controlar experiências positivas ligadas ao envelhecimento, mas percecionam essa capacidade como sendo mais reduzida quando se trata de experiências negativas. Por fim, este grupo da amostra revela mais respostas emocionais face ao processo de envelhecimento, tal como medidas por Barker e colaboradores (2007). Segundo os autores, as respostas emocionais incluem preocupação, ansiedade,

medo, raiva e tristeza. Contudo, a impossibilidade de discriminar as respostas emocionais dos indivíduos constitui uma limitação do estudo. Neste sentido, propõe-se que, em estudos futuros, sejam introduzidas medidas que possibilitem esta discriminação bem como a inclusão de outras respostas emocionais (e. g. alegria, esperança).

Quanto à autoperceção do envelhecimento no grupo de participantes residentes numa instituição, os resultados mais elevados foram observados na dimensão *Consequências Negativas* do QPE e os resultados mais baixos corresponderam à dimensão *Controlo Negativo*. Estes dados são idênticos aos que foram observados no grupo residente na comunidade, apesar de terem sido mais evidentes neste grupo da amostra. Tal como para os indivíduos residentes na comunidade, pode-se interpretar estes resultados atendendo aos autoestereótipos associados a expectativas e crenças de que o processo de envelhecimento se traduz em consequências negativas, resultando assim numa menor perceção da capacidade das pessoas para controlar esses efeitos.

As mudanças na saúde experienciadas pelos participantes residentes na comunidade foram maioritariamente dores nas articulações, o abrandamento do ritmo, perda de força e alterações nos olhos e na visão e que estas mudanças foram também que, com maior frequência, foram atribuídas ao processo de envelhecimento. A prevalência destas mudanças e a sua atribuição ao envelhecimento é congruente com os resultados reportados na amostra portuguesa e irlandesa (Barker, et al., 2007; Duarte-Silva et al., 2011). O abrandamento do ritmo, frequentemente reportado neste grupo da amostra, pode ser explicado como o resultado da maior atribuição de consequências negativas ao processo de envelhecimento aliada à baixa perceção de controlo sobre as mesmas (Robertson, et al., 2015). A hérnia discal foi a mudança de saúde reportada com menor frequência pelos residentes na comunidade. Este resultado é congruente com o

resultado obtido no estudo de Duarte-Silva e colaboradores (2011). Contudo, com base nos comentários de alguns participantes durante o preenchimento do questionário foi perceptível alguma incerteza quanto ao significado de hérnia discal, o que poderá explicar o facto de ter sido uma situação reportada com menor frequência.

Atendendo às mudanças na saúde experienciadas pelos participantes residentes numa instituição, as mais reportadas foram o abrandamento do ritmo, a perda de força e a perda do equilíbrio. Estes resultados diferem daqueles obtidos por Barker e colaboradores (2007) e Duarte-Silva e colaboradores (2011), na medida em que a perda de equilíbrio não foi mencionada com frequência. Contudo, sabendo que ambos os estudos mencionados foram realizados com participantes residentes na comunidade, podemos inferir que se trata de uma particularidade da amostra residente numa instituição. O facto de 50% deste grupo da amostra mencionar as quedas frequentes como um dos motivos principais para a institucionalização aponta nesse sentido. O abrandamento do ritmo, a perda de força e a perda do equilíbrio foram também as mudanças de saúde que mais frequentemente foram atribuídas ao processo de envelhecimento. De notar ainda que o abrandamento do ritmo, frequentemente reportado e atribuído ao envelhecimento neste grupo da amostra, também pode ser explicado como o resultado da maior atribuição de consequências negativas ao processo de envelhecimento aliada à baixa perceção de controlo sobre as mesmas (Robertson, et al., 2015).

A análise das dimensões do Bem Estar Psicológico para os participantes que residem na comunidade permitiu concluir que a dimensão *Aceitação de Si* apresenta o resultado mais elevado. Este dado indica uma atitude de aceitação das características pessoais, positivas e negativas, bem como de aceitação do passado e refletem atitudes positivas da pessoa face ao *self*. Por outro lado, a dimensão *Objetivos na Vida* revelou o

resultado mais baixo, indicando menos objetivos ou metas que os indivíduos pretendem atingir e que direcionam o seu comportamento e o sentido que atribuem à vida. Este resultado é congruente com os resultados obtidos por Novo e colaboradores (1997) que identificaram um decréscimo dos valores nesta dimensão a partir dos 49 anos de idade. Este decréscimo foi também observado em estudos com a população americana (Ryff, 1989, Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008) e pode ser interpretado como uma dificuldade das pessoas mais velhas em estabelecer objetivos e a direcionar o seu comportamento para os alcançar, ou, por outro lado, pode refletir a desvalorização do estabelecimento de objetivos aliada ao processo de envelhecimento (Novo, 2003). Globalmente, este grupo de participantes revelou, em todas as dimensões, valores médios inferiores aos valores estimados para a versão EBEP-R (18 itens) a partir da versão original portuguesa EBEP (84 itens) e também inferiores aos valores obtidos no estudo americano (Ryff & Keyes, 1995, Novo, et al., 1997). Estes resultados podem refletir o decréscimo do Bem Estar Psicológico com o avançar da idade considerando que os estudos referidos incluíram faixas etárias mais jovens.

No caso do grupo de participantes a residir numa instituição, a análise das dimensões do Bem Estar Psicológico revelou que os resultados mais elevados foram obtidos na dimensão *Autonomia*. Este resultado reflete a capacidade dos indivíduos para resistir às pressões sociais pensando e agindo de acordo com os seus próprios padrões. A literatura descreve um aumento significativo nesta dimensão nas pessoas idosas, sugerindo que tendem a ser mais confiantes relativamente às suas crenças e experiências pessoais (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008). Por outro lado, tal como os residentes na comunidade, os participantes residentes em instituições revelam resultados mais baixos na dimensão *Objetivos na Vida*. Como referido, este resultado é congruente com a literatura e sugere a redução de objetivos de vida com o avançar da

idade. Tal pode dever-se à dificuldade de estabelecer e guiar o comportamento na direção desses objetivos ou pode tratar-se de uma desvalorização da importância dos mesmos (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Novo, 2003; Ryff & Singer, 2008). Os participantes residentes numa instituição revelaram, em todas as dimensões, valores médios inferiores aos valores estimados para a versão EBEP-R (18 itens) a partir da versão original portuguesa EBEP (84 itens) e também inferiores aos valores obtidos no estudo americano (Ryff & Keyes, 1995, Novo, et al., 1997). Tais resultados podem sugerir um decréscimo do Bem Estar Psicológico com o avançar da idade uma vez que os estudos referidos incluíram faixas etárias mais jovens. Além disso, este decréscimo também pode estar associado ao contexto de residência, mais especificamente à institucionalização das pessoas mais velhas, uma vez que os estudos mencionados foram realizados com pessoas a residir na comunidade.

A análise correlacional permitiu identificar relações significativas entre os componentes da autoperceção do envelhecimento e do Bem Estar Psicológico na população residente na comunidade. As mudanças experienciadas na saúde apresentaram o maior número de relações com escalas das EBEP-R, nomeadamente, as *Relações Positivas com os Outros*, os *Objetivos na Vida* e o *Bem Estar Psicológico Total*, sugerindo assim que a experiência de um maior número de mudanças ligadas à saúde parece estar associada ao menor Bem Estar Psicológico e, mais especificamente, menor interesse pelas relações interpessoais e capacidade para estabelecer relações satisfatórias e significativas, e ainda, menor identificação de objetivos a alcançar. Estes resultados são congruentes com a literatura que aponta para o aparente papel protetor do Bem Estar Psicológico, nomeadamente dos objetivos de vida, crescimento pessoal e relações positivas com os outros, na saúde, mais especificamente, nos riscos cardiovasculares, na regulação neuroendócrina e no sistema imunitário (Friedman, et al.,

2007; Lindfors & Lundberg, 2002; Ryff, et al., 2004). Adicionalmente, a relação positiva e moderada entre a escala *Controlo Negativo* e a escala *Relações Positivas com os Outros* sugere que, aliado ao papel protetor do Bem Estar Psicológico na saúde, a menor capacidade para estabelecer e manter relações satisfatórias e significativas com os outros, estando relacionada com mais mudanças experienciadas na saúde, poderá promover a percepção da menor capacidade dos indivíduos para controlar efeitos negativos associados ao envelhecimento.

Observaram-se também correlações negativas da escala *Autonomia*, componente do Bem Estar Psicológico, com as escalas *Duração Cíclica*, *Representações Emocionais* e *Identidade*. Estes resultados sugerem que a resistência a pressões sociais, pensando e agindo de acordo com os próprios padrões parece estar associada a menores variações na percepção do envelhecimento e na consciência da própria idade, a menos respostas emocionais como a raiva, medo, preocupação e tristeza face ao envelhecimento, e ainda, a menos crenças quanto à associação entre alterações nos domínios da saúde e o processo de envelhecimento. Pode-se pensar que o facto de as pessoas resistirem às pressões sociais pode resultar numa menor internalização de estereótipos sobre a velhice, o que poderá explicar as crenças reduzidas quanto à relação entre o envelhecimento e as questões de saúde bem como a menor ativação de respostas emocionais desagradáveis.

A escala *Consequências Positivas* apresentou relações significativas, positivas e moderadas, com as escalas *Crescimento Pessoal* e *Objetivos na Vida*. Segundo estes resultados, a tendência para considerar que o envelhecimento tem consequências positivas está relacionada com a percepção de um desenvolvimento e enriquecimento pessoal contínuo, bem como com a identificação de objetivos, metas e projetos que o indivíduo pretende alcançar e com base nos quais orienta o seu comportamento e dão

sentido à sua vida. Estes dados vão ao encontro do estudo de Ferguson e Goodwin (2010) no qual o otimismo, enquanto tendência para esperar experiências positivas ao invés de negativas, surge como preditor do Bem Estar Psicológico, sendo os seus efeitos mediados pela percepção de controlo. Pode-se pensar que o facto dos indivíduos anteciparem efeitos positivos do seu processo de envelhecimento favorece a manutenção do estabelecimento de metas a atingir guiando o seu comportamento no sentido de um aperfeiçoamento pessoal contínuo, na medida em que a crença de que o envelhecimento se traduz também em consequências positivas permite antecipar o alcance dessas metas. A relação positiva e moderada entre as escalas *Controlo Positivo* e *Crescimento Pessoal* parece apontar nesse sentido. Assim, a percepção de uma maior capacidade para controlar experiências positivas do envelhecimento relaciona-se com a percepção de um desenvolvimento contínuo ligado à abertura a novas experiências e ao interesse pelo enriquecimento pessoal ao longo do tempo.

Quanto aos participantes institucionalizados, a análise correlacional também permitiu identificar relações significativas entre componentes da auto percepção do envelhecimento e do Bem Estar Psicológico. A escala *Controlo Positivo* apresentou correlações estatisticamente significativas com todas as escalas das EBEP-R, à exceção de *Autonomia*. Neste sentido, estas correlações sugerem que a percepção de uma maior capacidade para controlar experiências positivas ligadas ao envelhecimento parece estar relacionada com maior Bem Estar Psicológico e, mais especificamente, com maior capacidade para criar contextos congruentes com os valores e necessidades pessoais, maior percepção do contínuo desenvolvimento pessoal e abertura a novas experiências, maior interesse pelas relações interpessoais e capacidade para estabelecer relações satisfatórias e significativas, estabelecimento de objetivos que guiam o comportamento e dão sentido à vida e, finalmente, uma atitude de aceitação das características pessoais

e da vivência passada. Estes dados também vão no sentido relatado na literatura que refere o otimismo, enquanto tendência para antecipar acontecimentos positivos, como preditor do Bem Estar Psicológico, e cujos efeitos são mediados pela percepção de controlo (Ferguson & Goodwin, 2010). De notar também o impacto benéfico do controlo percebido pelo utentes no contexto institucional, por oposição a instituições que tendem a assumir o controlo da generalidade das rotinas dos utentes (Faure & Osiurak, 2013).

Além do *Controlo Positivo*, observaram-se também correlações significativas entre as escalas *Duração Cíclica*, *Consequências Positivas*, *Consequências Negativas*, *Controlo Negativo* e o *Bem Estar Psicológico Total*. Estes resultados sugerem que menores variações na percepção do envelhecimento e na consciência da idade, a atribuição de menos consequências negativas ao processo de envelhecimento e mais consequências positivas, e ainda a maior percepção de controlo sobre as experiências negativas associadas ao processo de envelhecimento parecem estar associadas ao Bem Estar Psicológico nos participantes institucionalizados. A atribuição de mais consequências positivas e menos consequências negativas ao processo de envelhecimento sugere a menor internalização de estereótipos negativos da velhice e uma atitude favorável face ao processo de envelhecimento, que pode funcionar como um recurso de *coping* para lidar com acontecimentos stressantes associados à velhice, promovendo assim o Bem Estar Psicológico (Silva, Farias, Oliveira & Rabela, 2012).

A escala *Consequências Positivas* apresentou correlações significativas, moderadas e positivas, com as escalas *Crescimento Pessoal* e *Relações Positivas com os Outros*. Este resultado indica que, nos participantes institucionalizados, a atribuição de mais efeitos positivos ao processo de envelhecimento está relacionada com a maior percepção de um desenvolvimento e enriquecimento pessoal contínuo, bem como com o

maior interesse pelas relações interpessoais e a capacidade para estabelecer relações satisfatórias e significativas. Estas relações parecem congruentes com o estudo de Ferguson e Goodwin (2010), que verificaram o papel preditor da tendência para antecipar acontecimentos positivos para o Bem Estar Psicológico.

De notar ainda a correlação significativa, positiva e moderada, observada entre o *Controlo Negativo* e os *Objetivos na Vida*, sugerindo que a menor perceção de controlo, dos indivíduos institucionalizados, sobre experiências negativas associadas ao processo de envelhecimento se relaciona com o menor estabelecimento de objetivos que guiam o seu comportamento, dando sentido à sua vida. No presente estudo o *Controlo Negativo*, escala do QPE, e os *Objetivos de vida*, das EBEP-R, foram as escalas com os resultados mais baixos no grupo de participantes institucionalizados. Este resultado, aliado à literatura que evidência um decréscimo do estabelecimento de objetivos que dão um sentido à vida na população mais velha, pode sugerir que a reduzida capacidade para controlar experiências negativas ligadas ao envelhecimento pode levar os indivíduos institucionalizados a evitar estabelecer metas que antecipam como sendo difíceis ou impossíveis de alcançar tendo em conta o baixo controlo sobre as experiências negativas do envelhecimento que experienciam no contexto da instituição (Ryff. 1989; Ryff & Keyes, 1995; Clarke, et al., 2000; Springer, Pudrovská & Hauser, 2011). Também a relação, negativa e moderada, identificada entre a escala *Consequências Negativas* e *Objetivos na Vida* sugere que a atribuição de mais consequências negativas ao envelhecimento poderá condicionar a perspetiva dos indivíduos quanto à sua capacidade para alcançar os objetivos, na presença das consequências que antecipam.

Atendendo à comparação de grupos, foram observadas diferenças estatisticamente significativas no *Bem Estar Psicológico Total* (correspondente ao resultado bruto das EBEP-R), com os participantes residentes na comunidade a

apresentar resultados mais elevados. Foi possível compreender especificidades desta diferença no Bem Estar Psicológico através da análise das dimensões do mesmo. Neste sentido, o grupo de pessoas idosas residentes na comunidade apresentou resultados mais elevados nas dimensões *Domínio do Meio*, *Crescimento Pessoal*, *Relações Positivas com os Outros*, *Objetivos na Vida* e *Aceitação de Si* do que o grupo institucionalizado. Assim, os indivíduos residentes na comunidade parecem revelar maior capacidade para criar contextos congruentes com os valores e necessidades pessoais, maior percepção de um desenvolvimento e enriquecimento pessoal contínuo, maior capacidade para estabelecer e manter relações satisfatórias e significativas, mais objetivos que direcionam o comportamento e o sentido que é atribuído à vida, e ainda a prevalência de uma atitude de aceitação do passado e das características pessoais, positivas ou negativas. Estes resultados vão ao encontro de estudos de comparação de Bem Estar Psicológico nestes dois grupos que sugerem que a redução do controlo sobre múltiplos aspetos do quotidiano, característica da vivência numa instituição, pode estar na base da redução do Bem Estar Psicológico nas pessoas idosas institucionalizadas (Sáez, Meléndez & Aleixandre, 1995; Moral, et al., 2012). No presente estudo também se verificou que os participantes institucionalizados revelaram menor percepção de controlo sobre experiências positivas ligadas ao envelhecimento (escala *Controlo Positivo* do QPE) do que os residentes na comunidade.

Atendendo aos resultados das análises de regressão múltipla é possível verificar que algumas variáveis psicossociais e sociodemográficas se destacam como tendo uma influência em múltiplos domínios, quer na autopercepção do envelhecimento quer no Bem Estar Psicológico. Neste sentido, é visível a influência das relações de amizade, nomeadamente a participação em atividades com amigos que se revelou preditiva, em parte, de um maior Bem Estar Psicológico em geral, mas também do maior interesse e

preocupação com as relações interpessoais, da capacidade para estabelecer e manter relações satisfatórias e significativas com os outros e ainda da percepção do maior controlo sobre experiências negativas associadas ao processo de envelhecimento. A frequência do contacto com amigos também se revelou explicativa de parte dos resultados nos domínios *Bem Estar Psicológico Total*, *Objetivos na Vida*, *Duração Cíclica* e *Identidade*. Assim, a maior frequência do contacto com os amigos relaciona-se com um maior bem estar global bem como com o estabelecimento de mais objetivos que tendem a guiar o comportamento e a dar sentido à vida. Por outro lado, a menor frequência do contacto com amigos parece predizer menores variações na percepção do envelhecimento e na consciência da própria idade bem como menos crenças quanto à relação do envelhecimento com alterações na saúde. O simples contacto com os amigos, sem ter em conta a sua frequência, também revelou ser explicativo, em parte, da maior percepção de competência pessoal para lidar com o meio em que se insere de forma a ser capaz de criar contextos adaptados aos seus valores e necessidades. O grau de satisfação com as relações de amizade revelou um peso na *Aceitação de Si*, no *Controlo Positivo*, nas *Representações Emocionais* e na atribuição das mudanças na saúde ao envelhecimento. Assim, relações de amizade pouco satisfatórias parecem predizer uma atitude menos aceitante dos vários aspetos do *self*, incluindo o seu passado e as suas características pessoais positivas e negativas. Relações de amizade satisfatórias parecem predizer a atribuição das mudanças na saúde ao processo de envelhecimento e relações de amizade muito satisfatórias revelam-se preditivas de maior capacidade para controlar experiências positivas ligadas ao envelhecimento e de menores respostas emocionais como preocupação, ansiedade, medo, raiva e tristeza. O impacto das múltiplas variáveis ligadas às relações de amizade é congruente com o conceito de envelhecimento ativo que enfatiza a importância da participação social para um envelhecimento com

qualidade. De notar, que uma das áreas de intervenção psicológica defendidas por Fernández-Ballesteros (2004), com o objetivo de otimizar o envelhecimento ativo, foi o desenvolvimento afetivo e a maximização do envolvimento na sociedade. No mesmo sentido, Paúl e colaboradores (2005) verificaram que as redes de suporte social estão significativamente associadas à qualidade de vida das pessoas idosas e, mais do que a dimensão da rede, observaram que a qualidade das interações parece ser o elemento mais significativo para a qualidade de vida. No caso específico do Bem Estar Psicológico, o próprio modelo conceptual define as relações com os outros como um elemento essencial para o desenvolvimento humano (Ryff & Keyes, 1995).

Aliada à temática das redes de suporte social estão também as relações familiares que, segundo Ribeiro & Paúl (2011), são centrais para um envelhecimento bem sucedido. Neste sentido, Pérsico (2010) defende que uma das estratégias para promover o envelhecimento bem sucedido passa pelo desenvolvimento de atividades que fomentem a proximidade com a família, de modo a preservar os laços afetivos e as competências gerais das pessoas idosas. Também os resultados do presente estudo apontam para a importância das relações familiares em que a participação em atividades com familiares parece promover a atribuição de consequências positivas ao processo de envelhecimento. As relações familiares consideradas muito satisfatórias parecem predizem um maior Bem Estar Psicológico global, enquanto relações familiares pouco satisfatórias parecem sugerir uma perceção crónica do envelhecimento e da idade. De notar também que um contacto escasso com a família parece explicar, em parte, a menor perceção de crescimento pessoal e abertura a novas experiências. O contacto com a família visto como sendo pouco frequente parece predizer um menor interesse e preocupação com as relações interpessoais bem como menor capacidade para estabelecer e manter relações satisfatórias e significativas com os outros e ainda uma

atitude menos aceitante do passado e das características pessoais, tanto positivas como negativas. Por oposição, o contacto frequente com familiares parece promover o envolvimento com as relações interpessoais bem como a capacidade para estabelecer e manter relações satisfatórias e significativas. Foi notório, no contacto com os participantes, que estes sentiram a necessidade de especificar alguns familiares quando responderam a estas questões. Assim, o termo “familiares” parece demasiado geral e a sua utilização no presente estudo constituiu uma limitação tanto para a elaboração das respostas dos sujeitos como para a potencial riqueza das mesmas. Neste sentido, sugere-se que em investigações futuras o formato das questões permita discriminar os familiares (e. g. filhos, irmãos, netos).

No caso das pessoas residentes na comunidade, os resultados indicam que o facto de viver sozinho parece explicar parte da menor capacidade da pessoa para resistir às pressões sociais pensando e agindo de acordo com os seus próprios padrões, a vivência com o pai ou mãe parece predizer preocupação, medo, raiva, ansiedade ou tristeza enquanto respostas emocionais face ao processo de envelhecimento. Por outro lado, a vivência com os netos parece promover um maior Bem Estar Psicológico global, maior competência pessoal para lidar com o meio em que a pessoa está inserida, de forma a ser capaz de criar contextos congruentes com os seus valores e necessidades, e ainda maior tendência para associar consequências positivas ao facto de estar a envelhecer. Estes resultados são congruentes com a literatura que associa o papel de avós a maior satisfação e bem estar para os idosos (Attias-Donfut, 2001; Lumby, 2010). Os ganhos da relação avós-netos refletem-se principalmente a nível emocional e social, como um repositório de afetos para os mais velhos e para as crianças (Paúl, 2005). Além destes ganhos, Paúl (2005) verificou que o convívio de crianças com os seus avós beneficiou de forma positiva a percepção das crianças sobre os velhos e o

envelhecimento, introduzindo elementos de afeto e entreajuda, personalizando e humanizando o estereótipo do velho com base na sua vivência com os avós. Dado o fenómeno de internalização dos estereótipos ligados ao envelhecimento, que se transformam em autoestereótipos e que condicionam a auto percepção do envelhecimento das pessoas idosas, a promoção da relação e do contacto avós-netos pode ter um forte potencial para, a longo prazo, promover auto percepções do envelhecimento mais positivas.

A tomada de iniciativa para a institucionalização da pessoa idosa por parte da nora ou genro parece predizer uma menor capacidade para controlar experiências positivas ligadas ao envelhecimento e quando a iniciativa partiu da cunhada isso parece explicar parte do aumento de variações na percepção do envelhecimento e na consciência da idade. Já se a iniciativa para a institucionalização foi do cônjuge, isso parece ter um efeito preditor do maior envolvimento interpessoal e capacidade para estabelecer e manter relações satisfatórias e significativas com os outros. O facto da iniciativa para a institucionalização partir dos sobrinhos parece predizer a maior capacidade da pessoa para resistir às pressões sociais pensando e agindo de acordo com os seus próprios padrões, a percepção pessoal de um desenvolvimento contínuo ligado à abertura a novas experiências e ao interesse pelo enriquecimento pessoal ao longo do tempo e ainda a maior atribuição de efeitos positivos ao processo de envelhecimento. Estes resultados positivos face à iniciativa do cônjuge ou dos sobrinhos para a institucionalização são surpreendentes considerando a importância da decisão do próprio que a literatura defende para um processo de institucionalização harmonioso (Matias, 2010). Contudo, o facto da iniciativa ter partido de outros membros da família não invalida o envolvimento da pessoa idosa no processo de tomada de decisão sobre a sua transição para um novo contexto residencial que, segundo Hersch e colaboradores (2003), favorece o

reconhecimento da necessidade da mudança bem como dos potenciais benefícios da mesma. Esta interpretação dos resultados pode sugerir que, quando a iniciativa para a institucionalização partiu dos filhos, as pessoas idosas poderão ter sentido que a sua opinião e as suas vontades não receberam a atenção desejada. Isto porque os resultados associados à iniciativa dos filhos para a institucionalização apontam para um menor Bem Estar Psicológico em geral, menor competência pessoal para lidar com o meio de forma a ser capaz de criar contextos congruentes com os seus valores e necessidades, uma atitude menos aceitante dos vários aspetos do *self*, incluindo o seu passado e as suas características pessoais e o menor controlo sobre experiências positivas ligadas ao envelhecimento. Já a iniciativa do próprio para a institucionalização parece predizer menores variações na perceção do envelhecimento e da idade bem como a atribuição das mudanças na saúde ao envelhecimento. Tendo em conta os resultados pouco conclusivos desta variável, aliada ao facto da questão permitir mais do que uma resposta, sugere-se que, em investigações futuras, seja avaliada esta variável tendo em conta se a pessoa idosa tomou a iniciativa sozinha, se tomou a iniciativa em conjunto com outros ou se a iniciativa partiu exclusivamente de outras pessoas.

O grau de satisfação com a situação económica também se revelou explicativo de parte dos resultados da autoperceção do envelhecimento e do Bem Estar Psicológico. Assim, a situação económica “nada satisfatória” parece implicar um menor Bem Estar Psicológico global, menor competência para lidar com o meio de forma a ser capaz de criar contextos congruentes com os seus valores e necessidades, menor identificação de objetivos com base nos quais a pessoa orienta o seu comportamento e dá sentido à sua vida passada e presente, menor controlo sobre experiências negativas associadas ao envelhecimento, e ainda, mais crenças quanto à associação entre as mudanças ligadas à saúde e o processo de envelhecimento. Quando a situação económica é classificada

como pouco satisfatória isso pareceu promover menores variações na percepção do envelhecimento e a da idade bem como uma percepção menos crónica dos mesmos. De notar que uma situação económica muito satisfatória se revelou explicativa da maior capacidade para resistir às pressões sociais pensando e agindo de acordo com os seus próprios padrões. A literatura também aponta o nível socioeconómico como um fator importante para o Bem Estar Psicológico, para as condições de saúde, função física e utilização de serviços de saúde (Ryff & Singer, 2008; Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley & Marks, 1997). Fernandes (2014) não identificou uma relação entre o estatuto socioeconómico e qualquer dimensão da auto percepção do envelhecimento, contudo, identificou relações significativas entre um estatuto socioeconómico superior e o maior Bem Estar Psicológico global, mais objetivos de vida, uma atitude mais aceitante de si e do seu passado, mas também um maior interesse pelas relações interpessoais e capacidade para estabelecer e manter relações significativas. Estes resultados podem ser interpretados com base na facilitação da autorrealização quando a pessoa se desenvolve num contexto cujas condições económicas e sociais são mais favoráveis (e. g. acesso à educação, lazer, serviços de saúde) (Ryff & Singer, 2008).

Neste sentido, o grau de escolaridade é outra variável apontada na literatura como estando fortemente relacionada com todas as dimensões do Bem Estar Psicológico (Marmot, et al., 1997; Ryff & Singer, 2008). No presente estudo, os resultados foram no sentido daqueles apontados pela literatura e acrescentam evidências quanto à influencia do nível de escolaridade na auto percepção do envelhecimento. Por um lado, o facto de saber ler ou escrever mas sem ter qualquer grau académico parece explicar parte da maior capacidade da pessoa para resistir às pressões sociais pensando e agindo de acordo com os seus próprios padrões, da menor percepção crónica do envelhecimento e da idade, de mais respostas emocionais como o medo, a tristeza ou a

raiva face ao envelhecimento, da maior experiência de mudanças na saúde e da menor atribuição das mesmas ao envelhecimento, e ainda, da maior relação que estabelece entre o envelhecimento e as alterações no domínio da saúde. O facto de ter completado o primeiro ciclo parece explicar parte da menor atribuição de consequências positivas ao envelhecimento. O facto de ter frequentado o terceiro ciclo, ou seja, ter entre sete e nove anos de escolaridade, parece explicar parte da maior atitude de aceitação do passado e das características pessoais. A frequência do ensino superior parece predizer a menor experiência crónica do envelhecimento e da idade. Contudo, é de referir o resultado surpreendente quanto à frequência do secundário, ou seja, entre dez e doze anos de escolaridade. Os resultados indicam que este nível de escolaridade prediz um menor interesse pelas relações pessoais bem como uma menor capacidade para estabelecer e manter relações significativas com os outros. Globalmente, os resultados obtidos relativamente à relação entre as dimensões da auto percepção do envelhecimento e o nível de escolaridade vão no sentido daqueles obtidos por Duarte-Silva e colaboradores (2011) que verificaram que os indivíduos que beneficiaram de maior escolaridade tendiam a perceber o envelhecimento como sendo menos crónico, cuja evolução era menos cíclica, com menos consequências negativas, maior percepção de controlo sobre as experiências negativas, menos respostas emocionais desagradáveis, menos alterações na saúde e menor atribuição das mesmas ao envelhecimento.

Todos os resultados apresentados devem ser lidos com cautela tendo em conta algumas limitações do presente estudo. Estas limitações prendem-se principalmente com questões metodológicas, relativas à amostra e ao método de recolha de dados.

Ao nível da amostra, a sua dimensão relativamente reduzida aliada ao processo de amostragem não probabilística de propagação geométrica que resultou numa amostra de conveniência, e portanto não representativa da população, afasta a possibilidade de

generalização dos resultados. De notar também a possível influência de outras variáveis, não contempladas no presente estudo e identificadas na literatura como correlatos do Bem Estar Psicológico e da autoperceção do envelhecimento, nos resultados obtidos.

Durante o preenchimento dos instrumentos, alguns participantes revelaram dúvidas acerca do significado de itens do QPE, nomeadamente no item 14 – “À medida que envelheço há muito que posso fazer para manter a minha independência.” - bem como relativamente aos termos hérnia discal, depressão e ansiedade. Também nas EBEP-R, os participantes revelaram algumas dificuldades em compreender o item 3 – “Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.”. Tais dúvidas poderão ter enviesado alguns resultados e apontam para a dificuldade de utilização destes instrumentos com participantes com um baixo nível de escolaridade.

O recurso exclusivo a instrumentos de autorrelato para a recolha dos dados pode revelar-se insuficiente para uma compreensão alargada da experiência de Bem Estar Psicológico e da autoperceção do envelhecimento. No caso da avaliação do Bem Estar Psicológico, Novo (2005) evidenciou esta limitação ao observar que cerca de metade das pessoas cuja auto avaliação do Bem Estar Psicológico foi positiva, na avaliação complementar com recurso ao teste de Rorschach, revelaram vulnerabilidade e sofrimento psicológico. Assim, percebemos que as escalas de auto avaliação são insuficientes na medida em que não permitem a distinção entre um Bem Estar Psicológico ilusório, cujas dificuldades de adaptação e sofrimento psicológico não são reconhecidos, e um Bem Estar Psicológico genuíno, revelador da saúde mental e da harmonia do funcionamento psicológico (Novo, 2005). De forma a ultrapassar esta limitação, seria importante considerar o recurso a outros métodos de avaliação externa,

como os testes projetivos, de forma a complementar a avaliação subjetiva do Bem Estar Psicológico.

Propõe-se o desenvolvimento de um estudo semelhante, embora exclusivamente com população idosa institucionalizada em estruturas residenciais para pessoas idosas, com a inclusão de variáveis diretamente relacionadas com características físicas, sociais e ocupacionais da instituição. Este estudo permitiria analisar variações no Bem Estar Psicológico e na autopercepção do envelhecimento em função destas variáveis favorecendo a adaptação das características do meio de forma a promover o melhor Bem Estar Psicológico e autopercepção do envelhecimento dos utentes das instituições.

O resultado mais baixo na dimensão *Objetivos na Vida*, em ambos os grupos, aliado às relações identificadas entre esta dimensão e a atribuição de consequências positivas ao processo de envelhecimento, nos sujeitos residentes na comunidade, e entre os *Objetivos na Vida* e a atribuição de menos consequências negativas ao envelhecimento e maior capacidade para gerir e controlar as experiências positivas e negativas ligadas ao mesmo, no grupo de residentes em instituições, sugere que o estabelecimento de metas que guiam o comportamento e dão sentido à vida parece influenciado pelo tipo de consequências que os indivíduos esperam bem como pela sua percepção da capacidade para as controlar. Assim, sugere-se o recurso ao modelo SOC (seleção, otimização, compensação; Baltes & Baltes, 1990) para intervir junto das pessoas no sentido de facilitar a seleção de objetivos adaptados às suas capacidades e aos recursos disponíveis no meio. Assim, a seleção restrita de alguns objetivos a alcançar permite não desperdiçar tempo, energia e motivação, tendo em conta os recursos limitados. De seguida, a otimização, ou seja, a maximização do potencial desenvolvimental e adaptativo nos domínios selecionados, permite a minimização das perdas e otimização dos ganhos através do investimento nos objetivos selecionados. O

recurso ao mecanismo de compensação também se revela facilitador da adaptação às perdas, no sentido de manter ou otimizar o funcionamento anterior, através da substituição de processos para a manutenção do nível de funcionamento em determinadas áreas selecionadas pelos indivíduos. Assim, antecipa-se que o recurso a uma estratégia de “otimização seletiva com compensação” poderá favorecer a maior capacidade dos indivíduos para controlar experiências positivas e negativas ligadas ao processo de envelhecimento e, ao mesmo tempo, atribuir mais efeitos positivos ao mesmo, resultando na percepção de que o alcance de objetivos, quando adaptados às capacidades e recursos do meio, não é impossibilitado pela idade. A promoção do recurso a esta estratégia também é justificada pela relação identificada, nos sujeitos residentes na comunidade, entre o menor estabelecimento de objetivos e a identificação de mais mudanças experienciadas na saúde.

Tendo em conta a percepção das pessoas quanto à sua menor capacidade para controlar aspetos negativos ligados ao envelhecimento, observou-se que a tendência para concordar com o item “Quando for mais velho(a) a minha capacidade de me movimentar não depende de mim” foi a que mais contribuiu para este resultado, nos dois grupos. Neste sentido, propõe-se a promoção da prática de exercício físico, adaptada aos gostos das pessoas e à sua condição física. Esta atividade, ligeira ou moderada, poderá evidenciar a capacidade das pessoas idosas para realizar tarefas que pensariam não conseguir realizar devido à sua idade, podendo também beneficiar com os resultados associados à prática de atividade física. Pode-se pensar que estes benefícios poderão contribuir para uma maior percepção de controlo sobre as experiências ligadas ao envelhecimento, promovendo a responsabilização da pessoa idosa e evidenciando o seu papel na experiência do processo de envelhecimento, tal como sugerido no modelo de envelhecimento ativo. Com base nos resultados do

presente estudo, antecipamos que o aumento do controlo percebido favorecerá o estabelecimento de objetivos no grupo de residentes em instituições, e o envolvimento interpessoal no grupo de residentes na comunidade. O estudo de Robertson e colaboradores (2015) também evidencia as experiências negativas atribuídas ao envelhecimento como fatores de risco, modificáveis, para o declínio físico nas pessoas idosas, nomeadamente ao nível da velocidade da passada.

De notar também que os resultados mais baixos e mais elevados nas dimensões da auto percepção do envelhecimento corresponderam, respetivamente, à maior atribuição de consequências negativas ao processo de envelhecimento e à menor capacidade para gerir e controlar essas consequências. Como vimos, estes resultados sugerem a percepção da inevitabilidade das perdas e podem surgir como resultado da internalização de estereótipos presentes no contexto sociocultural em que os indivíduos se desenvolvem. Assim, sugere-se o desenvolvimento de campanhas de sensibilização para evidenciar a possibilidade de ganhos e manutenção dos mesmos na idade avançada, de forma a descredibilizar crenças presentes na sociedade quanto à prevalência de perdas nas pessoas idosas. Sugere-se também a promoção do contacto intergeracional, nomeadamente na relação avós-netos, que se revelou benéfico para a percepção das crianças sobre os mais velhos e o envelhecimento, introduzindo elementos de afeto e entreajuda, personalizando e humanizando o estereótipo do velho com base na sua vivência com os avós (Paúl, 2005). Assim, a promoção da relação e do contacto avós-netos pode ter um forte potencial para, a longo prazo, promover auto percepções do envelhecimento mais positivas. Aliado a este benefício para os mais novos, o presente estudo também revelou que a vivência com os netos parece relacionar-se com o maior Bem Estar Psicológico global para as pessoas idosas, com a maior capacidade para gerir

o seu meio de acordo com os seus valores e necessidades pessoais e, por fim, com a maior atribuição de consequências positivas ao processo de envelhecimento.

Além da relação com os netos, o presente estudo também evidenciou os benefícios do envolvimento interpessoal e da capacidade para estabelecer e manter relações significativas e satisfatórias. Nos residentes na comunidade, o envolvimento interpessoal revela uma relação com a maior capacidade para controlar experiências negativas ligadas ao envelhecimento e com menos mudanças na saúde. Nos residentes em instituições, o envolvimento interpessoal parece relacionado com a maior atribuição de consequências positivas ao processo de envelhecimento e a maior capacidade para gerir as experiências negativas do mesmo. Aliado a estes resultados, as relações familiares e de amizade evidenciaram um impacto significativo para múltiplos domínios quer da auto percepção do envelhecimento quer do Bem Estar Psicológico. Tendo em conta estes resultados, aponta-se a importância de minimizar o isolamento social através da promoção da criação e manutenção de redes sociais com interações de qualidade. O desenvolvimento de atividades grupais, tendo em conta os interesses das pessoas idosas, poderia permitir a aproximação de pessoas com interesses em comum, favorecendo o estabelecimento de relações sociais, quer em contexto comunitário quer em contexto institucional. Ao nível das relações familiares, sugere-se a utilização de procedimentos de psicoeducação no sentido de transmitir informação aos familiares sobre o impacto da manutenção de relações satisfatórias e do contacto regular e frequente com o seu familiar idoso. Estes procedimentos são particularmente relevantes para as pessoas idosas residentes em instituições uma vez que estão mais vulneráveis ao isolamento social, dado o afastamento das relações sociais estabelecidas da comunidade.

Referências Bibliográficas

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Croudace, T. J., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J., & Huppert, F. A. (2008). The relationship between early personality and midlife psychological well-being: Evidence from a UK birth cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(9), 679-687
- Almeida, M. F. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. *Fórum Sociológico*, 17, 17-24.
- Andrew, M. K., Fisk, J. D., & Rockwood, K. (2012). Psychological Well-being in Relation to Frailty: A frailty identity crisis? *International Psychogeriatrics*, 24(08), 1347-1353.
- Attias-Donfut, C. (2001). The new grandmother. *Ageing International*, 26(3-4), 58-63.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B. (1998). The Social Science Research Council: 75 years young. *Items*, 52, 69-72.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsit, J. R. (1980). *Métodos de investigación en psicología evolutiva. Enfoque del ciclo vital*. Madrid: Morata.

- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology, 49*, 123-135.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development, 1*, 123-144.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology, 50*, 471-507.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Crosssectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics, 7* (9). doi:10.1186/1471-2318-7-9
- Barroso, V. L & Tapadinhas, A. R. (2006). Orfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Retirado de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>.
- Bierman, A., Fazio, E. M., & Milkie, M. A. (2006). A multifaceted approach to the mental health advantage of the married: Assessing how explanations vary by outcome measure and unmarried group. *Journal of Family Issues, 27*, 554-582. doi:10.1177/0192513X05284111
- Birren, J. E., & Schaie, K. W. (Eds.), (1995). *Handbook of the psychology of aging*, 4th ed. New York: Academic Press.

- Bowling, A. & Dieppe, P., (2005). What is successful ageing and who should define it?, *British Medical Journal*, 331, 1548-1551.
- Cardão, S. (2009). O idoso institucionalizado. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cho, J. (2011). Successful aging and developmental adaptation of oldest-old adults. *Graduate Theses and Dissertations*. Paper 12049.
- Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Rosenthal, C. J. (2000). Well-being in Canadian seniors: Findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal on Aging*, 19, 139–159.
- Claudino, D. A. (2007). Tradução do Questionário de Percepções de Envelhecimento. Universidade de Évora (manuscrito não publicado).
- Claudino, D. A., Ferreira, A., Carmona, C., & Tavares, S., (2011). Adaptação Portuguesa do Questionário de Percepções de Envelhecimento: estudo preliminar. Poster apresentado na XV Conferência Internacional de *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Lisboa. Portugal.
- De Pallo, M., Thomas, R., Thompson, J., Fox, R. J., Goyer, A., & Abrams, T. (1995). *Images of aging in America*. Washington, DC: AARP.
- Del Duca, G. F., Silva, S. G., Thumé, E., Santos, I. S., & Hallal, P. C. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista Saúde Pública*, 46(1), 147-53.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (1), 6-20.

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Duarte Silva, M. E., Calado, J. H., Lourenço, S., Marques, A. Tavares, B, Sacoto, C., Junqueira, D., Silva, I., Yassine, I & Keong, M (2013). Perceção do envelhecimento em adultos mais velhos, Trabalho apresentado em II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde, In *Atas do II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde* (edição CD-Rom), Faro.
- European Commission (2014). The 2015 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies. *European Economy*, 8. doi:10.2765/76255
- Faure, J., & Osiurak, F. (2013). Appropriation de l'espace chez les personnes âgées résidants en EHPAD. *Pratiques Psychologiques*, 19, 135- 146.
- Ferguson, S. J., & Goodwin, A. D. (2010). Optimism and well-being in older adults: The mediating role of social support and perceived control. *International Journal of Aging & Human Development*, 71, 43–68. doi:10.2190/AG.71.1.c
- Fernandes, A. F. (2014). *A auto-perceção do envelhecimento e o bem estar psicológico*. (Dissertação de Mestrado). Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/15403/1/ulfpie046663_tm.pdf
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004): Psicología de la vejez. *Humanitas*, (Special Issue on Ageing): 27-38.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198.
- Forsell, Y., & Winbland, B. (1999). Incidence of Major depression in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(5), 368-372.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. *Revista de Enfermagem Referência IV* (4), 41-48.
- Friedman, E.M., Hayney, M. Love, G.D., Singer, B.L., & Ryff, C.D. (2007). Plasma interleukin-6 and soluble IL-6 receptors are associated with psychological well-being in aging women. *Health Psychology, 26*, 305-313.
- Galambos, N. L., Turner, P. K., & Tilton-Weaver, L. C. (2005). Chronological and subjective age in emerging adulthood: The crossover effect. *Journal of Adolescent Research, 20*, 538–556. doi:10.1177/074355840527487.
- Gattuso S. (2001). Healthy and Wise: Promoting mental health in Australian rural elders. *Journal of Mental Health and Aging 7*(4), 425-433.
- Gibson, R. C. (1995). Promoting successful and productive aging in minority populations. In Bond, L. A., Cutler, S. J., Grams, A. (Eds.) *Promoting successful and productive aging* (pp. 279– 288). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Glass, T. A., Mendes de Leon, C. F., Bassuk, S. S., Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life. *Journal of Aging and Health, 18*, 604-628.

- Godfrey, M. J., Townsend, J. & Denby, T. (2004). *Building a good life for older people in local communities: The experience of ageing in time and place*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Gomez, R. G., & Madey, S. F. (2001). A coping with hearing loss model for older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B, 223-225.
- Greenfield, E.A., & Marks, N.F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B, 258-264. doi:10.1093/geronb/59.5.S258
- Greenfield, E. A., Vaillant, G. E., & Marks, N. F. (2009). Do formal religious participation and spiritual perceptions have independent linkages with diverse dimensions of psychological well-being? *Journal of Health and Social Behavior*, 50(2), 196-212. doi:10.1177/002214650905000206
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).
- Heidrich, S. M., & Ryff, C. D. (1993). The role of social comparison processes in the psychological adaptation of elderly adults. *Journal of Gerontology*, 48, 127-13.
- Heidrich S. M., & Ryff, C. D. (1995). Health, social comparisons and psychological well-being: their cross-time relationships, *Journal of Adult Development*, 2 (3), 173–186.

- Henry, J.D., von Hippel, W., & Baynes, K. (2009). Social inappropriateness, executive control, and aging. *Psychology and Aging, 24*(1), 239-244.
doi:10.1037/a0013423
- Hersch, G., Spencer, J., & Kapoor, T., (2003). Adaptation by elders to new living arrangements following hospitalization: A qualitative, retrospective analysis. *Journal of Applied Gerontology, 22*, 315-339.
- Hersch, G., Spencer, J., Schulz, E., Wiley, A., Schwartz, M., Kearney, K., McDonald, F., McGaugh, S. & Tegethoff, S. (2004) Adaptation by Elders to Relocation Following Hospitalization. *Journal of Housing For the Elderly, 18*:2, 41-68,
doi: 10.1300/J081v18n02_05
- Johansson, G., Huang, Q., & Lindfors, P. (2007). A life-span perspective on women's careers, health and well-being. *Social Science and Medicine, 65*, 685-697.
- Keyes, C. L. M. (2005). Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor? *Ageing International, 30*, 88 –104.
- Keyes, C. L. M., & Grzywacz, J. G. (2005). Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 47*, 523–532.
- Keyes, C. L. M., & Ryff, C. D. (1998). Generativity in adult lives: Social structural contours and quality of life consequences. In D. P. McAdams & E. de St. Aubin (Eds.), *Generativity and adult development: How and why we care for the next generation* (pp. 227-263). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Kirby, S. E., Coleman, P. G., & Daley, D. (2004). Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 59B, 3, 123 – 129.
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63, 377–385. doi:10.1093/geronb/63.6.P377
- Kotter-Grün, D., & Hess, T. (2012). The impact of age stereotypes on Self-perceptions of aging across the adult lifespan. *The Journal of Gerontology Series: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 563-571.
- Kotter-Grühn, D., Kleinspehn-Ammerlahn, A., Gerstorf, D., & Smith, J. (2009). Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 24, 654–667. doi:10.1037/a0016510
- Lang, F. R., & Heckhausen, J. (2001). Perceived control over development and subjective well-being: Differential benefits across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 509 - 523.
- Laslett, P. (1991). *A fresh map of life: The emergence of the Third Age*. London: George Wiedenfield and Nicholson.
- Leher, U. & Thomae, H. (2003). *Psicologia de la Senectude*. Barcelona: Herder
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook*

of Psychology and Health (pp. 219– 252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 203-211. doi:10.1093/geronb/58.4.P203.

Levy, B. R., Hausdorff, J., Hencke, R., & Wei, J. Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 55, 205–213.

Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39, 625–629.

Levy, B. R., & Myers, L. M. (2005). Relationship between respiratory mortality and self-perceptions of aging. *Psychology & Health*, 20, 553–564. doi:10.1080/14768320500066381

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002b). Longevity increased by Positive Self-perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. doi:10.1037//0022-3514.83.2.261

Lindauer, M. S., Orwoll, L., & Kelley, M. (1997). Aging artists on the creativity of their old age. *Creativity Research Journal*, 10(2/3), 133-152.

Lindfors, P., & Lundberg, U. (2002). Is low cortisol release an indicator of positive health? *Stress and Health*, 18, 153–160.

- Lopes, M. Afonso, R. M., Cerqueira, M., & Pereira, H. (2012). Images of Aging in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People, *Psychology, Community and Health*, 2, 189 - 200.
- Lumby, J. (2010). Grandparents and grandchildren: a grand connection. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 8, 28-31.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing*, 39, 31-8. doi: 10.1093/ageing/afp202
- Markus, H. R., Ryff, C. D., Curhan, K. B., & Palmersheim, K.A. (2004). In their own words: Well-being at midlife among high school and college educated adults. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we?: A national study of well-being at midlife* (pp. 273-319). Chicago: University of Chicago Press.
- Marmot, M., Ryff, C., Bumpass, L., Shipley, M., & Marks, N. (1997). Social inequalities in health: Next question and converging evidence. *Social Science and Medicine*, 44, 901–910.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Masoro, E. J. (2001), Successful Aging – Useful or Misleading Concept?. *The Gerontologist*, 41 (3), 415-419.

- Matias, C.C.G.E. (2010). Satisfação com a vida e com o lar: Um estudo em cenários institucionais. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Retirado de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/164>
- McGee, H., Morgan, K., Hickey, A., Burke, H. & Savva, G. (2011). Quality of Life and Beliefs About Ageing. Barret, A., Savva, G., Timonen, V. & Kenny, R. (2011). *Fifty Plus in Ireland: First Results from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA)*. *The Irish Longitudinal Study on Ageing*, Trinity College Dublin. Retirado de <http://tilda.tcd.ie/publications/reports/>
- Meléndez, J. C. M., Navarro-Pardo, E., Galan, A. S., & Rodriguez, T. M. (2012). Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 671-680. Retirado de <http://www.scielo.br/scielo.php?>
- Moe, K. (2012). Factors influencing women's psychological well-being within a positive functioning framework. *Theses and Dissertations-Educational, School, and Counseling Psychology. Paper 3*. Retirado de http://uknowledge.uky.edu/edp_etds/3
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M. e Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse – Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 9(2), 10–16.
- Neri, A. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspetivas biológicas, psicológicas e Sociológicas*. Campinas: Papyrus.

- Neri, A., Cachioni, M., & Resende, M. C. (2002). Atitudes em relação à velhice. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 972-980). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Neugarten, D. A. (1996). *The meanings of age: Selected papers of Bernice L. Neugarten*. Chicago: University of Chicago Press.
- Nosek, B. A., Banaji, M. R., & Greenwald, A. G. (2002a). Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration website. *Group Dynamics*, 6, 101–115.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Novo, R. F. (2005). We need more than self-reports: Contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 477-495.
- Novo, R. F., Duarte-Silva, E. & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L.S. Almeida & M. Simões (Eds.), *Avaliação psicológica: formas e contextos* (vol. V, pp. 313-324). Braga: APPORT/SHO.
- Novo, R. F., Duarte-Silva, M. E., & Peralta, E. (2004). Escalas de BEP: versão reduzida. Lisboa: FPCE-UL

- Novo, R. F., Neto, D., Marcelino, A. & Santo, H. (2006, Outubro). Estudo de validação de medidas de Bem-Estar Psicológico em amostras com e sem psicopatologia identificada. Trabalho apresentado na IX Conferência Internacional de *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Universidade do Minho.
- Oldman, C., & Quilgars, D. (1999). The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. *Ageing and society*, 19, 363-384.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)* Australia: Allen and Unwin.
- Paradise, A. W., & Kernis, M. H. (2002). Self-esteem and Psychological Well-being: Implications of Fragile Self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 345-361.
- Paúl, M. C. (1991). *Percursos pela velhice – uma perspectiva ecológica psicogerontológica*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: Porto.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá Para o Fim da Vida – Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento Activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pérsico, L. (2010). *Como melhorar a sua capacidade mental*. Lisboa: Plátano Editora

- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Ridder, D. T., & Wit, J. B. (2006) Self-regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues. In D.T. Ridder, & J. de Wit (Eds.), *Self-Regulation in Health Behavior* (pp. 1–23). John Wiley & Sons, Ltd.
- Riediger, M., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2005). Managing life through personal goals: Intergoal facilitation and intensity of goal pursuit in younger and older adulthood. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B, 84-91.
- Robertson, D. A., Savva, G. M., King-Kallimanis, B. L., & Kenny, R. A. (2015). Negative perceptions of aging and decline in walking speed: a self-fulfilling prophecy. *PLoS One*, 10(4): e0123260. doi: 10.1371/journal.pone.0123260
- Rodrigues, J. P. (2001). Envelhecer num lar. *Antropológicas*, 5, 53-93. Retirado de <http://hdl.handle.net/10284/1724>
- Rodrigues, R., Crespo, S., Loureiro, L., Silva, S., Azeredo, Z., & Silva, C. (2015). Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência Série IV*, 5, 65-74.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997), Successful aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- Rubin, D. C., & Berntsen, D. (2006). People over forty feel 20% younger than their age: Subjective age across the life span. *Psychonomic Bulletin and Review*, 13, 776-780. doi:10.3758/BF03193996

- Rucan, P. L., Hategan, M., Barbat, C., & Alexiu, M. T. (2010). The emergence of depression in the elderly. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 4966-4971.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1982). Successful aging: A developmental approach. *The Gerontologist*, 22(2), 209-214.
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55.
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C.D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28. doi:10.1159/000353263
- Ryff, C. D., & Heidrich, S. M. (1997). Experience and well-being: Exploration on domains of life and how they matter. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 193-206.

- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M., & Hughes, D. L. (2003). Status inequalities, perceived discrimination, and eudaimonic well-being: Do the challenges of minority life hone purpose and growth? *Journal of Health & Social Behavior*, 44(3), 275-291.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0
- Ryff, C. D., Singer, B., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359, 1383–1394.
- Sáez, N., Meléndez, J. C., & Aleixandre, M. (1995). Variables propiciatorias del incremento de posibilidades: Diferencias entre prejubilados y jubilados. *Geriátrika*, 11, 371-8.
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2012). Change in health and self-perceptions of ageing over 16 years: The role of psychological resource. *Health Psychology*, 31(4), 423-432. doi: 10.1037/a0027464

- Sargent-Cox, K., Anstey, K. J., Luszcz, M. A. (2012). The Relationship between Change in Self-Perceptions of Ageing and Physical Functioning in Older Adults. *Psychology and Aging*, In Press.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1994) Assessing the elderly. In C. B. Fisher & R. M. Lerner (Eds.), *Applied developmental psychology* (pp. 339-372). New York: McGraw Hill.
- Schutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549-559. doi:10.1037/0022-3514.73.3.549
- Silva, L., Farias, L., Oliveira, T. & Rabelo, D. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia* 15(3), 119-140.
- Singer, T., Lindenberger, U., & Baltes, P. B. (2003). Plasticity of memory for new learning in very old age: A story of major loss? *Psychology and Aging*, 18, 306-317.
- Singer, T., Verhaeghen, P., Ghisletta, P., Lindenberger, U., & Baltes, P. B. (2003). The fate of cognition in very old age: Six-year longitudinal findings in the Berlin Aging Study (BASE). *Psychology and Aging*, 18, 318-331.
- Smith, J. (2002). The Fourth Age: A period of psychology of mortality? *Max Planck Forum*, 4, 75-88.
- Smith, J., & Freund, A. M., (2002). The dynamics of possible selves in old age. *Journals of Gerontology, Series B: Psychology Science Social Sciences*, 57B(6), 492-500.

- Sneed, J. R. and Whitbourne, S. K. (2005), Models of the Aging Self. *Journal of Social Issues*, 6, 375–388. doi: 10.1111/j.1540-4560.2005.00411.x
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família*. Porto, Ambar.
- Springer, K., Pudrovska, T., & Hauser, R. M. (2010). Does Psychological Well-Being Change With Age? Longitudinal Tests of Age Variations and Further Exploration of the Multidimensionality of Ryff's Model of Psychological Well-Being. *Social Science Research*, 40, 392-398.
- Srimathi, N. L., & Kiran Kumar S. K. (2010). Psychological wellbeing of employed women across different organizations. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36, 89-95.
- Steverink, N., Westerof, G. J., Bode, C., & Dittman-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(6), 364-373.
- Strauser, D.R., Lustig, D.C., & Çiftçi, A., (2008). Psychological Well-Being: Its Relation to Work Personality, Vocational Identity, and Career Thoughts. *The Journal of Psychology*, 142. 21-35.
- Suzman, R. M., Willis, D. P., & Monton, K. G. (Eds.) (1992). *The oldest old*. New York: Oxford University Press.
- Tomasini, S., & Alves, S. (2006). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(1), 88-102.

- Uotinen, V., Rantanen, T., & Suutama, T. (2005). Perceived age as a predictor of old age mortality: a 13-year prospective study. *Age and Ageing*, 34, 368-372. doi:10.1093/ageing/afi091
- Westerhof, G. J., Barrett, A. E., & Steverink, N. (2003). Forever young? A comparison of age identities in the United States and Germany. *Research on Aging*, 25, 366-383. doi:10.1177/0164027503252840.
- Westerhof, G., & Tulle, E. (2008). Meanings of ageing and old age: Discursive contexts, social attitudes and personal identities. In J. Bond, S. Peace, F. Dittmann-Kohli & G. Westerhof (Eds), *Ageing in Society* (pp.235-254). London: SAGE.
- Wink, P., Dillon, M. (2003). Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging*, 18,916-924.
- World Health Organization (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva, World Health Organization.

Anexos

Anexo A

Carta para os diretores das instituições para solicitar a autorização da participação de residentes no estudo

Lisboa, ___ de _____ de 2015

Assunto: Autorização para solicitar a participação de residentes num estudo

Exmº Senhor Diretor/ Exmª Senhora Diretora,

O meu nome é Nathalie Acúrcio e estou a realizar um estudo que se insere na minha dissertação de mestrado, enquadrada no plano curricular do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Este estudo é realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Helena Afonso, tendo como objetivo principal aumentar a compreensão do processo de envelhecimento.

A recolha de informação sobre aspetos do processo de envelhecimento é feita através de questionários aplicados de forma individual e acompanhada, com uma duração total de cerca de 45 minutos. Os dados recolhidos serão tratados e apresentados de forma anónima e confidencial.

A participação no estudo é voluntária, podendo a pessoa interromper a sua participação a qualquer momento sem danos nem prejuízos para si.

Deste modo, venho solicitar a sua autorização para me dirigir aos residentes desta instituição pedindo-lhes o seu consentimento para participarem neste estudo.

Os critérios de participação no estudo são os seguintes:

- Idade superior a 65 anos
- Nacionalidade portuguesa e ter como língua materna o Português
- Não apresentar indícios de deterioração cognitiva

Poderá contactar-me através do endereço nathalie_acurcio@hotmail.com para esclarecer qualquer dúvida ou, posteriormente, caso deseje receber uma síntese dos resultados do estudo.

Caso conheça outra estrutura residencial cujos residentes reúnam as condições de participação acima referidos, agradeço que dê a conhecer esta investigação.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade na colaboração neste estudo.

Com os meus melhores cumprimentos,

(Nathalie Acúrcio)

Autorizo o recrutamento de residentes desta instituição para a participação voluntária no estudo sobre o processo de envelhecimento.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Diretor(a) _____

Anexo B

Mini Mental State Examination (MMSE)

Nome _____

Idade _____ Anos Data ____/____/____ Escolaridade _____ Nota Total _____

I. ORIENTAÇÃO

"Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz".

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
10. Em que andar estamos? _____

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

NOTA: _____

II. RETENÇÃO

"Vou dizer-lhe três palavras. Quería que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras".

As palavras são:

PERA _____ PERA
GATO "Repita as três palavras" _____ GATO
BOLA _____ BOLA

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

NOTA: _____

III. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar." (30) (27) (24) (21) (18) (15)

(Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtração, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro). (Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

NOTA: _____

IV. EVOCACÃO

"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir" .

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção)

PERA _____
GATO _____
BOLA _____

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

NOTA: _____

V. LINGUAGEM

- a) **Mostrar o relógio de pulso. "Como se chama isto?"** _____
b) **Mostrar um lápis. "Como se chama isto?"** _____
c) **Repetir a frase: "O rato rói a rolha"** _____

NOTA:

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

- d) **"Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" – indicar o local onde o papel deve ser colocado).**

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita _____
- Dobra o papel ao meio _____
- Coloca o papel no chão _____
(ou no local indicado)

NOTA:

- e) **"Leia e cumpra o que diz neste cartão".**

(Mostrar o cartão com a frase : **"FECHE OS OLHOS"**

NOTA:

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase). Dar 1 ponto por cada realização correcta)

- f) **"Escreva uma frase".**

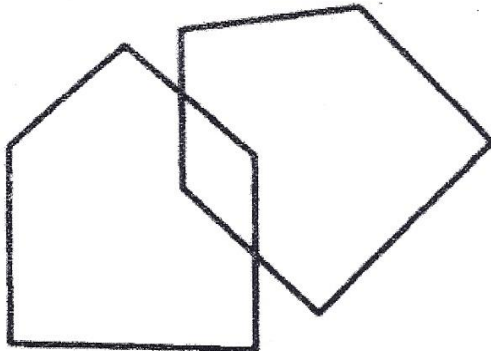
(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letras não contam como erros, a frase deve ser escrita numa folha em branco. Se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado).

NOTA:

VI. HABILIDADE CONSTRUTIVA

"Copie o desenho que lhe vou mostrar".

DESENHO



CÓPIA

(Os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados). (Dar 1 ponto por resposta correcta)

NOTA:

NOTA TOTAL

Pontos de Corte
(Posição Portuguesa)

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- 0 a 2 anos de escolaridade: 22pts
- 3 a 6 anos de escolaridade: 24 pts
- >7 anos de escolaridade: 27 pts

Anexo C

Questionário sociodemográfico para sujeitos residentes na comunidade

<p style="text-align: center;">QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO (Comunidade)</p>
--

1. Idade: _____

2. Sexo: F M

3. Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a) ou em União de Facto
 - Há quanto tempo? _____
- Viúvo(a)
 - Há quanto tempo? _____
- Divorciado(a) ou Separado(a)
 - Há quanto tempo? _____

4. Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler ou escrever sem grau académico
- 1º ciclo ou equivalente (4 anos)
- 2º ciclo ou equivalente (5-6 anos)
- 3º ciclo ou equivalente (7-9 anos)
- Ensino Secundário ou equivalente (10-12 anos)
- Curso Superior

5. Com quem vive? (Por favor, escolha uma ou várias opções)

- Sozinho(a)
- Marido/Esposa/companheiro(a)
- Filho(s)

- Irmão(s)
- Neto(s)
- Ajudante familiar/auxiliar (remunerado)
- Outro

○ Especifique: _____

6. Quantas pessoas vivem na sua casa? _____

7. Atividade Profissional: _____

8. Reformado(a): Sim Não

9. Tem filhos? Sim Não

• Se **Sim**, quantos? _____

10. Situação Económica:

- Muito satisfatória
- Satisfatória
- Pouco satisfatória
- Nada satisfatória

11. Participação em atividades: (Por favor, escolha uma ou várias opções)

- Com Familiares
- Com amigos
- Centro de dia
- Aulas ou ações de formação
- Grupos recreativos ou religiosos
- Outro

▪ Qual? _____

12. Tem contacto com familiares? Sim Não

13. Se Sim, qual a **frequência** do contacto com familiares?

- Muitas vezes
- Às vezes
- Poucas vezes
- Raramente

14. Que **qualidade** atribui às suas relações familiares?

- Muito satisfatórias
- Satisfatórias
- Pouco Satisfatórias
- Nada Satisfatórias

15. **Tem contacto com amigos?** Sim Não

16. Se Sim, qual a **frequência** do contacto com amigos?

- Muitas vezes
- Às vezes
- Poucas vezes
- Raramente

17. Que **qualidade** atribui às suas relações de amizade?

- Muito satisfatórias
- Satisfatórias
- Pouco Satisfatórias
- Nada Satisfatórias

Anexo D

Questionário sociodemográfico para sujeitos institucionalizados

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO
(Instituição)

18. Idade: _____

19. Sexo: F M

20. Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a) ou em União de Facto
 - Há quanto tempo? _____
- Viúvo(a)
 - Há quanto tempo? _____
- Divorciado(a) ou Separado(a)
 - Há quanto tempo? _____

21. Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler ou escrever sem grau académico
- 1º ciclo ou equivalente (4 anos)
- 2º ciclo ou equivalente (5-6 anos)
- 3º ciclo ou equivalente (7-9 anos)
- Ensino Secundário ou equivalente (10-12 anos)
- Curso Superior

22. Atividade Profissional: _____

23. Reformado(a): Sim Não

24. Tem filhos? Sim Não

- Se **Sim**, quantos? _____

25. Há quanto tempo reside nesta instituição? _____

26. Qual é o principal motivo para ter vindo viver para a instituição?

27. Quem tomou a iniciativa para vir viver para a instituição?

- O próprio
- Filho(s)
- Cônjuge
- Outro(s)

▪ Especifique: _____

28. Situação Económica:

- Muito satisfatória
- Satisfatória
- Pouco satisfatória
- Nada satisfatória

29. Participação em atividades:

- Com Familiares
- Com amigos
- Centro de dia
- Aulas ou ações de formação
- Grupos recreativos ou religiosos
- Outro

▪ Qual? _____

30. **Tem contacto com familiares?** Sim Não

31. Se Sim, qual a **frequência** do contacto com familiares?

▪ Muitas vezes

▪ Às vezes

▪ Poucas vezes

▪ Raramente

32. Que **qualidade** atribui às suas relações familiares?

▪ Muito satisfatórias

▪ Satisfatórias

▪ Pouco Satisfatórias

▪ Nada Satisfatórias

33. **Tem contacto com amigos?** Sim Não

34. Se Sim, qual a **frequência** do contacto com amigos?

▪ Muitas vezes

▪ Às vezes

▪ Poucas vezes

▪ Raramente

35. Que **qualidade** atribui às suas relações de amizade?

▪ Muito satisfatórias

▪ Satisfatórias

▪ Pouco Satisfatórias

▪ Nada Satisfatórias

Anexo E

Escalas de Bem Estar Psicológico – versão reduzida (EBEP-R)

EBEF*

As afirmações que a seguir se apresentam pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a). Leia cuidadosamente cada uma delas e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio(a). Deverá indicar o número que corresponde ao seu grau de concordância/discordância com cada uma das afirmações, observando as seguintes possibilidades:

1 – Discordo Completamente	4 – Concordo Parcialmente
2 – Discordo em Grande Parte	5 – Concordo em Grande Parte
3 – Discordo Parcialmente	6 – Concordo Completamente

Resposta
(1,2,3,4,5ou6)

1.	Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	
2.	Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	
3.	Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	
4.	Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.	
5.	Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.	
6.	Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	
7.	Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	
8.	Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.	
9.	Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	
10.	Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.	
11.	Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	
12.	Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	
13.	Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	
14.	Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.	
15.	Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	
16.	Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	
17.	Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.	
18.	Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida.	

* Versão Experimental Reduzida (2004) construída a partir das *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989) por Rosa Novo (FPCE-UL), M^a Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL) e Elizabeth Peralta.

Anexo F

Questionário de Percepções do Envelhecimento (QPE)

ID	_____
----	-------

QPE

(Barker, M., et al., 2007)

(Tradução e adaptação de Adelaide Claudino, 2007)

Estas questões avaliam as suas experiências e opiniões sobre o envelhecimento. Uma vez que todos envelhecemos, estas questões podem ser respondidas por pessoas de qualquer idade. Não existem respostas certas ou erradas – apenas as suas experiências e opiniões são importantes. Mesmo que algumas frases sejam sobre alguma coisa sobre a qual não pensa frequentemente, por favor tente dar uma indicação acerca das suas opiniões, respondendo a todas as perguntas.

A) OPINIÕES SOBRE ENVELHECER					
Estamos interessados nas <u>suas experiências e opiniões</u> sobre o envelhecimento. Por favor, dê a sua opinião sobre as frases seguintes (discordo fortemente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo fortemente). Assinale a resposta que melhor descreve a sua opinião.					
	Discordo fortemente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. Tenho consciência de estar a envelhecer a cada momento	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Estou sempre consciente da minha idade	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Sempre me considerei velho (a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Estou sempre consciente do facto de estar a envelhecer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Sinto a minha idade em tudo o que faço	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. À medida que envelheço fico mais sábio	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. À medida que envelheço continuo a desenvolver-me como pessoa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. À medida que envelheço aprecio mais as coisas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Fico deprimido(a) quando penso que envelhecer pode afectar as coisas que consigo fazer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. A qualidade da minha vida social na idade avançada depende de mim	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

11. A qualidade das minhas relações com os outros na idade avançada depende de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Continuar a viver plenamente a vida depende de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico deprimido(a) quando penso no efeito que envelhecer pode ter na minha vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. À medida que envelheço, há muito que posso fazer para manter a minha independência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. O facto de o envelhecimento ter lados positivos depende de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Envelhecer limita as coisas que consigo fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Envelhecer torna-me menos independente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Envelhecer torna tudo mais difícil para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. À medida que envelheço, participo em menos actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. À medida que envelheço não lido tão bem com os problemas que aparecem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Abrandar o ritmo, devido à minha idade, não é algo que eu possa controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Quando for mais velho (a) a minha capacidade de me movimentar não é algo que dependa de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Não tenho controlo sobre a possível perda de vigor e gosto pela vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Não tenho controlo sobre os efeitos do envelhecimento na minha vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Fico deprimido(a) quando penso no envelhecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Preocupo-me com os efeitos que o envelhecimento pode ter nas minhas relações com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Passo por ciclos em que a minha experiência de envelhecer ora melhora, ora piora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. A minha consciência de estar a envelhecer aumenta e diminui em ciclos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sinto-me zangado (a) quando penso que estou a envelhecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tenho fases em que me sinto velho (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. A minha consciência de estar a envelhecer varia bastante de dia para dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tenho fases em que me vejo como velho (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) EXPERIÊNCIA DE MUDANÇAS RELACIONADAS COM A SAÚDE

A lista que se segue descreve algumas mudanças relacionadas com a saúde, que pode ter experienciado. Diga-nos se experimentou estas mudanças nos últimos 10 anos e se acredita que as mudanças que experienciou se relacionam especificamente com o envelhecimento ou não.

		Experienciou esta mudança?		Sobre as mudanças que TEM experienciado: Pensa que esta mudança está relacionada APENAS com facto de estar a envelhecer?	
		Sim	Não	Sim	Não
Id1	Problemas de peso	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id2	Problemas em dormir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id3	Hérnia discal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id4	Dores nas articulações	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id5	Não ter facilidade em movimentar-se	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id6	Perda do equilíbrio	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id7	Perda de força	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id8	Abrandar o ritmo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id9	Cãimbras	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id10	Problemas nos ossos ou nas articulações	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id11	Problemas de coração	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id12	Problemas nos ouvidos ou em ouvir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id13	Alterações nos olhos e na visão	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id14	Problemas respiratórios	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id15	Problemas nos pés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id16	Depressão	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Id17	Ansiedade	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Anexo G

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Nathalie Acúrcio e estou a realizar um estudo que se insere na minha dissertação de mestrado, enquadrada no plano curricular do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Este estudo é realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Helena Afonso, tendo como objetivo principal aumentar a compreensão do processo de envelhecimento.

Solicita-se a sua colaboração neste estudo, respondendo a questões sobre a sua visão do seu envelhecimento e o seu bem estar.

A duração da sua participação é de aproximadamente 45 minutos. O seu anonimato será mantido, não sendo registado o seu nome ou qualquer elemento identificativo, e os seus dados serão totalmente confidenciais.

A sua participação apenas será válida se responder a todas as questões apresentadas, mas poderá desistir de participar a qualquer momento.

Para participar no estudo deverá ter mais de 65 anos, nacionalidade portuguesa e ter como língua materna o Português. Caso conheça alguém que reúna estas condições de participação não hesite em dar-lhe a conhecer este estudo.

Se posteriormente desejar conhecer os resultados gerais do estudo, pode contactar-me através do endereço eletrónico nathalie_acurcio@hotmail.com.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Li/foi-me lido o presente consentimento informado e voluntariamente aceito participar no estudo.

Data _____ / _____ / _____