



Sílvia Cristina dos Santos Tavares

**PERCEÇÕES DE ENVELHECIMENTO
E ESTADO DE SAÚDE NA RELAÇÃO COM O
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ADULTOS ACTIVOS**

UE
172
840



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PERCEÇÕES DE ENVELHECIMENTO E ESTADO DE SAÚDE NA RELAÇÃO COM O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ADULTOS ACTIVOS

Sílvia Cristina dos Santos Tavares

Orientação: Professora Doutora Adelaide Claudino

Mestrado em Psicologia
Área de especialização: Clínica e Saúde

Évora | 2010

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**PERCEPÇÕES DE ENVELHECIMENTO E ESTADO DE SAÚDE NA
RELAÇÃO COM O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ADULTOS
ACTIVOS**

Dissertação ao Mestrado de
Psicologia, área de especialização de
Clínica e Saúde, apresentada na
Universidade de Évora.

Orientadora: Professora Doutora
Adelaide Claudino



172 840

SÍLVIA CRISTINA DOS SANTOS TAVARES

ÉVORA – 2010

Aos meus pais, que apesar da distância,
sempre estiveram ao meu lado...

AGRADECIMENTOS

Olhando para este de trabalho, vejo muitas aprendizagens que consegui adquirir, mas vejo também pessoas fundamentais neste processo e que sempre estiveram prontas para me auxiliar no que fosse necessário.

Primeiramente, o meu enorme reconhecimento à Professora Doutora Adelaide Claudino, que sempre me incentivou com a sua sabedoria, capacidade de trabalho, organização e calor humano. Por isso, a ela devo muito do que aqui tenho e para ela o meu bem-haja.

Ao Professor Doutor José Figueira, que apesar de ter tido uma curta passagem pelo meu trabalho, forneceu-me dicas fundamentais para a sua elaboração.

A todas as pessoas que colaboraram no meu estudo e que sem elas teria sido impossível concretizá-lo da melhor maneira, o meu sincero agradecimento.

Finalmente, aos meus pais, pois graças a eles cheguei até aqui, com muito esforço, muita dedicação e muito amor. Apesar da distância, o apoio deles foi sentido a cada segundo.

E a todas as pessoas que estiveram ligadas a este trabalho, ainda que indirectamente, o meu muito obrigada por terem feito de mim a pessoa que sou hoje e por terem contribuído para este projecto...

RESUMO

Este estudo teve como finalidade investigar a relação que as percepções de envelhecimento, o estado de saúde e os sintomas psicopatológicos têm no bem-estar psicológico, tendo em conta a influência de variáveis (moderadoras ou mediadoras) como o apoio social percebido e o estado emocional. Foram equacionadas quatro hipóteses ao longo deste estudo. Uma hipótese geral e que aponta para uma influência do estado de saúde no bem-estar psicológico; a segunda hipótese confirma a moderação da variável apoio social percebido; a terceira hipótese confirma a mediação da variável estado emocional; e a última hipótese confirma a mediação das variáveis apoio social percebido e estado emocional em conjunto. Para cada hipótese foram analisados os dados sócio-demográficos. Trata-se de um estudo correlacional, transversal e exploratório, com uma única avaliação. Foi desenvolvido com 200 indivíduos adultos em idade activa, com idades compreendidas entre os 30 e os 64 anos, de ambos os sexos e residentes em Portugal Continental. No fim são apresentadas algumas limitações deste estudo, bem como os seus aspectos positivos e algumas sugestões para estudos futuros.

Aging Perceptions and Health Status in Relationship with Psychological Well-Being in Employees

ABSTRACT

This study aimed to investigate the relationship that perceptions of aging, health status and psychopathological symptoms have on psychological well-being, taking into account the influence of variables (moderating or mediating) as the perceived social support and emotional state. Four cases were dealt with during this study. A general hypothesis and aims to influence health status on psychological well-being; the second hypothesis confirms the moderating variable of perceived social support; the third event confirms the mediating variable of emotional state; and the last hypothesis confirms the mediating variables perceived social support and emotional state together. For each hypothesis we analyzed the socio-demographic dates. This is a correlational study, transversal and exploratory, with a single evaluation. Research was conducted with 200 adults of working age, aged between 30 and 64 years, of both sexes residing in Portugal. In order to present some limitations of this study as well as its positive aspects and some suggestions for future studies.

ÍNDICE

Pág.

Introdução	1
Capítulo I: Enquadramento Teórico	5
1. Percepções de Envelhecimento	6
1.1. Percepções de Envelhecimento: Conceitos e Dimensões	8
1.2. Envelhecimento Saudável	9
1.3. Percepções de Envelhecimento e suas Implicações	10
2. Percepções do Estado de Saúde	13
2.1. Percepções do Estado de Saúde e suas Implicações	13
2.2. Percepções do Estado de Saúde e Estudos de Género	16
3. Apoio Social Percebido	17
3.1. Apoio Social Percebido e suas Implicações	17
4. Bem-Estar Psicológico	21
4.1 Bem-Estar Psicológico e suas Implicações	22
5. Sumário	24
Capítulo II: Investigação Empírica	25
A. METODOLOGIA	26
1. Objectivos do Estudo	26
2. Desenho do Estudo	26
3. Questões de Investigação	27
4. Variáveis em Estudo	27
5. Hipóteses do Estudo	28
6. População e Amostra	28

6.1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra	29
7. Procedimentos	32
8. Instrumentos	34
8.1. Questionário Sócio-Demográfico	35
8.2. Questionário das Percepções de Envelhecimento	35
8.2.1. Versão Original	35
8.2.2. Características Psicométricas na População Irlandesa: estudos preliminares	36
8.2.3. Características Psicométricas na População Irlandesa	37
8.2.4. Características Psicométricas na Amostra em Estudo	38
a) Fiabilidade	38
b) Validade	49
8.3. Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida	51
8.3.1. Versão Original	51
8.3.2. Características Psicométricas na População Portuguesa	52
8.3.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo	53
a) Fiabilidade	53
b) Validade	56
8.4. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar	57
8.4.1. Versão Original	57
8.4.2. Características Psicométricas na População Portuguesa	58
8.4.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo	58
a) Fiabilidade	58
b) Validade	60
8.5. Questionário de Estado de Saúde – 11 itens	62
8.5.1. Versão Original	62
8.5.2. Características Psicométricas na População Portuguesa	63
8.5.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo	63
a) Fiabilidade	63
b) Validade	66
8.6. Escala de Provisões Sociais	68
8.6.1. Versão Original	68
8.6.2. Características Psicométricas na População Portuguesa	70
8.6.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo	71
a) Fiabilidade	71

b) Validade	73
8.7. Inventário de Sintomas Psicopatológicos	75
8.7.1. Versão Original	75
8.7.2. Características Psicométricas na População Portuguesa	77
8.7.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo	78
a) Fiabilidade	78
b) Validade	81
9. Validade Convergente e Validade Discriminante dos Instrumentos	84
B. Resultados	86
10. Resultados dos Testes de Hipóteses	86
10.1. Hipótese 1	87
10.1.1. Resultados Relacionados com as Variáveis Sócio-Demográficas	89
10.2. Hipótese 2	91
10.2.1. Resultados Relacionados com as Variáveis Sócio-Demográficas	93
10.3. Hipótese 3	99
10.3.1. Resultados Relacionados com as Variáveis Sócio-Demográficas	100
10.4. Hipótese 4	107
10.4.1. Resultados Relacionados com as Variáveis Sócio-Demográficas	109
C. Discussão dos Resultados	116
11. Caracterização sócio-demográfica da amostra	116
12. Caracterização das variáveis psicossociais	117
13. Hipótese 1	119
13.1. Caracterização das variáveis sócio-demográficas relativamente à Hipótese 1	120
14. Hipótese 2	122
14.1. Caracterização das variáveis sócio-demográficas relativamente à Hipótese 2	122
15. Hipótese 3	125
15.1. Caracterização das variáveis sócio-demográficas relativamente à Hipótese 3	125
16. Hipótese 4	129
16.1. Caracterização das variáveis sócio-demográficas relativamente à Hipótese 4	129

D. Resumo dos Resultados	133
E. Limitações do Estudo	136
F. Conclusões e Implicações Práticas do Estudo	137
Referências Bibliográficas	140

Anexos

Anexo I – Tabela 30: Correlação da Validade das Escalas

Anexo II – Folha de Rosto do Questionário Sócio-Demográfico

Anexo III - Folha de Rosto do Questionário das Percepções de Envelhecimento

Anexo IV - Folha de Rosto da Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida

Anexo V - Folha de Rosto da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

Anexo VI - Folha de Rosto do Questionário de Estado de Saúde

Anexo VII - Folha de Rosto da Escala de Provisões Sociais

Anexo VIII - Folha de Rosto do Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Anexo IX – Consentimento Informado

Lista das Tabelas

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual das características sócio-demográficas (p. 29)

Tabela 2 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*” – Escala Total – Parte A (32 Itens) (N = 200) (p. 38)

Tabela 3 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Duração Crônica (5 Itens) (N = 200) (p. 40)

Tabela 4 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Duração Cíclica (5 Itens) (N = 200) (p.40)

Tabela 5 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Consequências Positivas (3 Itens) (N = 200) (p. 41)

Tabela 6 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Consequências Negativas (5 Itens) (N = 200) (p. 42)

Tabela 7 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Controlo Positivo (5 Itens) (N = 200) (p. 42)

Tabela 8 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Controlo Negativo (4 Itens) (N = 200) (p. 43)

Tabela 9 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Representações Emocionais (5 Itens) (N = 200) (p. 44)

Tabela 10 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Escala Identidade – Parte B “*Experienciou esta mudança?*” (17 Itens) (N = 200) (p. 44)

Tabela 11 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Escala Identidade – Parte B “*Pensa que esta mudança está APENAS relacionada com o facto de envelhecer?*” (17 Itens) (N = 200) (p. 46)

Tabela 12 – Resultados da avaliação da consistência interna da “*Questionário das Percepções de Envelhecimento*”, Escala Total e Subescalas (N = 200) (p. 47)

Tabela 13 – Apresentação detalhada dos itens do *Questionário das Percepções de Envelhecimento* (49 Itens, na totalidade) (p. 47)

Tabela 14 – Análise das Componentes Principais do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*” (N = 200; KMO = 0,698) (p. 50)

Tabela 15 – Resultados da avaliação da consistência interna da “*Escala de Bem-Estar Psicológico*”, Escala Total (18 Itens) (N = 200) (p. 54)

Tabela 16 – Resultados da avaliação da consistência interna da “*Escala de Bem-Estar Psicológico*”, Subescalas (N = 200) (p. 55)

Tabela 17 – Análise das Componentes Principais da “*Escala de Bem-Estar Psicológico*” (N = 200; KMO = 0,750) (p. 56)

Tabela 18 – Resultados da avaliação da consistência interna da “*Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*”, Escala Total (14 Itens) (N = 200) (p. 59)

Tabela 19 – Resultados da avaliação da consistência interna da “*Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*”, Subescalas (N = 200) (p. 60)

Tabela 20 – Análise das Componentes Principais da “*Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*” (N = 200; KMO = 0,500) (p. 61)

Tabela 21 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário de Estado de Saúde*”, Escala Total (36 Itens) (N = 200) (p. 64)

Tabela 22 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário do Estado de Saúde*”, Subescalas (N = 200) (p. 65)

Tabela 23 – Análise das Componentes Principais da “*Questionário de Estado de Saúde*” (N = 200; KMO = 0,878) (p. 67)

Tabela 24 – Resultados da avaliação da consistência interna da “*Escala de Provisões Sociais*”, Escala Total (24 Itens) (N = 200) (p. 71)

Tabela 25 – Resultados da avaliação da consistência interna da “*Escala de Provisões Sociais*”, Subescalas (N = 200) (p. 73)

Tabela 26 – Análise das Componentes Principais da “*Escala de Provisões Sociais*” (N = 200; KMO = 0,880) (p. 74)

Tabela 27 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Escala Total (53 Itens) (N = 200) (p. 78)

Tabela 28 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Subescalas (N = 200) (p. 80)

Tabela 29 – Análise das Componentes Principais do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*” (N = 200; KMO = 0,919) (p. 82)

Tabela 30 – Correlação da Validade entre Escalas (*Spearman’s Correlation*) (Anexo I)

Tabela 31 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 1 (p. 87)

Tabela 32 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 2 – Sem a Intervenção da EPS (Apoio Social Percebido) (p. 91)

Tabela 33 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 2 – Com a Intervenção da EPS (Apoio Social Percebido) (p. 91)

Tabela 34 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 2 – Com a Intervenção da EPS mais a Interacção entre o QPE e EPS (Apoio Social Percebido e Percepções de Envelhecimento) (p. 92)

Tabela 35 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 3 – Sem a Intervenção de HADS (Estado Emocional) (p. 99)

Tabela 36 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 3 – Com a Intervenção de HADS (Estado Emocional) (p. 99)

Tabela 37 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 3 – Com a Intervenção de HADS mais a Interacção entre o QPE e HADS (Estado Emocional e Percepções de Envelhecimento) (p. 100)

Tabela 38 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 4 – Sem a Intervenção da EPS e de HADS (Apoio Social Percebido e Estado Emocional) (p. 107)

Tabela 39 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 4 – Com a Intervenção da EPS e de HADS (Apoio Social Percebido e Estado Emocional) (p. 107)

Tabela 40 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 4 – Com a Intervenção da EPS, de HADS mais a Interacção entre o QPE, HADS e EPS (Estado Emocional e Percepções de Envelhecimento) (p. 108)

INTRODUÇÃO

Muitos estudos têm sido realizados no âmbito das percepções de envelhecimento em idosos. Contudo, existe cada vez mais a necessidade de se estudar as percepções de envelhecimento a partir da idade adulta, altura em que os indivíduos começam a estabilizar a sua vida, a formar a sua família, a pensar no futuro, a planear a sua velhice e a reforma.

O envelhecimento deve ser compreendido não como um retrocesso, perda, queda, mas sim como uma evolução natural da vida. As limitações corporais e a consciência da temporalidade passam a ser problemáticas fundamentais no processo do envelhecimento humano e aparecem de forma reiterada no discurso dos indivíduos, embora possam adquirir diferentes nuances e intensidades dependendo da sua situação social e das características pessoais idiossincráticas. Desta forma, corpo e tempo entrecruzam-se no devir do envelhecimento e, como consequência disso, nascerão as diversas velhices e as suas múltiplas representações (Duay & Bryan, 2006).

É fundamental que se perceba que o envelhecimento não é somente um momento na vida do indivíduo, mas um processo extremamente complexo e pouco conhecido, cuja definição varia de contexto para contexto, com implicações tanto para quem o vivencia como para a sociedade que o apoia ou assiste a ele (Ajala, 2006).

A ideia de que é possível “*envelhecer com sucesso*” surgiu nos anos 60 e definia, então, quer um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente. Quatro décadas após os primeiros esforços de conceptualização daquilo que se entende hoje por um envelhecimento saudável, a abordagem neste domínio vai muito para além de variáveis psicológicas, integrando o papel que dimensões como a saúde, o funcionamento mental, a alimentação e o exercício físico, as relações sociais e os hábitos quotidianos desempenham na tarefa do envelhecer (Buys, Boulton-Louis, Tedman-Jones, Edwards, Knox, & Bigby, 2008; Deep & Jeste, 2009).

Ser idoso é, muitas vezes, associado a problemas físicos, a limitações funcionais e à solidão. Por isso, há a necessidade de ultrapassar a visão sobre o envelhecimento centrada em aspectos relacionados com doenças, incapacidades de várias ordens e declínio em geral, substituindo-a por uma abordagem que encara o envelhecimento numa perspectiva global, valorizando os seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais (Perrig-Chiello, Jaeggi, Buschkuhl, Stähelin & Perrig, 2009; Rowe & Kahn, 1998).

As teorias do envelhecimento saudável vêem os indivíduos como pró-ativos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objectivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade e envolvendo-se activamente na preservação do seu bem-estar. Tais objectivos são dirigidos, habitualmente, para áreas como a saúde, a autonomia, a estabilidade emocional, a auto-estima, o casamento, a vida familiar e as relações de amizade, parecendo existir consenso na caracterização de um envelhecimento saudável em torno de critérios como o adequado desempenho físico e cognitivo, a ausência de patologias e incapacidades graves, a manutenção do controlo primário, o envolvimento na vida e a adopção de estratégias de coping adequadas para lidar com os desafios inerentes ao processo de envelhecimento (Deep & Jeste, 2009; Fonseca, 2005).

O conceito de envelhecimento só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sócio-cultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas.

A noção de velhice pode surgir como uma fase do ciclo de vida, em que as pessoas até aos 50 anos classificam a velhice como algo que acontece para lá dos 80 anos, altura em que as capacidades físicas e intelectuais diminuem. As pessoas com mais de 50 anos não associam a velhice à idade, mas ao facto de se ser dependente de terceiros (embora também afirmem que isso pode acontecer em qualquer idade). A partir desta faixa etária sobressai uma visão mais negativa da velhice, associada à dependência e à doença (Esteves, 1994).

Contudo, o processo de envelhecimento traz, também, consigo muitos aspectos positivos, como o poder aplicar todo o tempo disponível na família, ou realizar actividades que, por um lado, ficaram por concretizar na vida activa, por outro lado, ocupam o tempo e contribuem para a auto-estima. Viver a boa velhice é também ter lucidez, passear e descansar, estar bem consigo próprio no sentido de uma satisfação interior (Esteves, 1994).

Estudar as percepções de envelhecimento implica compreender o carácter singular deste processo, mas também a sua heterogeneidade, assim como, a associação de outras variáveis que possam estar relacionadas com este conceito, tais como o estado de saúde física, mental e emocional dos indivíduos, assim como o apoio social percebido e o bem-estar psicológico. Quando pensamos no nosso envelhecimento podemos ter imagens muito variadas acerca dele, todavia, é quase

inevitável pensar no envelhecimento sem pensar na saúde, no bem-estar psicológico e no apoio social que possamos perceber ou ter na realidade.

Ao imaginarmos o nosso processo de envelhecer, vamos desejar que ele seja vivido de uma forma plena, saudável, que estejamos rodeados pelas pessoas que amamos, que nos sintamos bem com as consequências da nossa velhice, sejam elas positivas ou negativas. É fundamental lembrar que muitas velhices não são vividas desta forma, são antes velhices de isolamento, de solidão, de doença, de mal-estar, de tristeza... Por isso, é importante levar os mais jovens a pensar um pouco no seu futuro enquanto seres humanos e a projectarem as possibilidades que existem para que o envelhecimento não seja encarado com algo terrível, com apenas um significado: a recta final da vida.

Quando se analisa as estatísticas do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2003), entre 2000-2050, Portugal evidenciará um envelhecimento continuado da população, sendo que a percentagem de idosos irá manter-se superior à dos jovens, facto que explica o aumento do Índice de Envelhecimento (I.E.), particularmente forte no cenário de envelhecimento, onde se prevê que possa atingir os 395 idosos por cada 100 jovens em 2050, ou seja, quase quadruplica face a 2000 (102,2), duplicando por volta do ano 2025.

Relativamente à população em idade activa (15-64 anos de idade) prevê-se uma redução de cerca de 6,939 milhares, em 2000, para aproximadamente 5,124 milhares, em 2050 (INE, 2008).

Desta forma, e com o acentuado envelhecimento da população, torna-se realmente importante direccionar a investigação para a população adulta em idade activa, tendo como objectivo estudar as diversas formas de se viver e experienciar o envelhecimento ainda que ele esteja num futuro mais ou menos longínquo.

O facto de serem construtos que estão fortemente correlacionados entre si, principalmente em populações idosas, os estudos em Portugal e no estrangeiro com populações mais jovens e em idade activa, pelo menos até aos 64 anos, são escassos e, como tal, não permitem confirmar esta hipótese. Além da escassez de estudos, também é difícil encontrar literatura direccionada para a população em idade activa considerada, neste estudo, como a população com idades compreendidas entre os 30 e os 64 anos, uma vez que o forte investimento tem sido na população idosa.

Este tema torna-se pertinente quando pretendemos compreender um pouco mais daquilo que é sentido e pensado pela população adulta em idade activa acerca do envelhecimento. Como já foi referido, os estudos incidem bastante sobre a

população idosa, mas é essencial ir mais além e tentar perceber as percepções de envelhecimento nos adultos, pois isso permite-nos visualizar a maneira como o envelhecimento é encarado nos mais jovens e como eles se imaginam ao longo desse processo.

Este estudo tem como finalidade compreender até que ponto as percepções de envelhecimento e do estado de saúde física, psicológica e emocional, influenciam o bem-estar psicológico, tendo como variáveis mediadoras ou moderadoras o apoio social percebido e o estado emocional.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte é apresentado o suporte teórico ao tema, focando as percepções de envelhecimento, as percepções do estado de saúde, o estado emocional, os sintomas psicopatológicos, o apoio social percebido e o bem-estar psicológico. Na segunda parte, procede-se à exposição dos aspectos metodológicos com a descrição dos resultados, a sua discussão e, finalmente, a conclusão, sendo tecidas algumas considerações que possam motivar a reflexão de todos os profissionais empenhados em trabalhar as percepções de envelhecimento e relacioná-las com outros construtos, de forma directa ou indirecta.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Percepções de Envelhecimento

Compreender a velhice é fundamental para descrever este grupo muitas vezes esquecido e alvo de inúmeros preconceitos e discriminações. Desta forma, na nossa sociedade, foi surgindo um crescente interesse em conhecer melhor esta faixa etária, mas também em perceber como é que os mais jovens concebem e avaliam esta população ou esta fase da sua vida.

As percepções de envelhecimento não são fenómenos tão recentes como se poderia julgar. Este construto desde sempre interessou à Psicologia, mesmo que no início fosse analisado numa perspectiva de hetero-percepção, mais do que a partir de uma auto-percepção.

Nas décadas de 70 e 80, as percepções de envelhecimento surgiram associadas à forma como os outros visualizavam os idosos e não como se visualizavam a si próprios. Contudo, à medida que as mentalidades e as investigações foram evoluindo, passou-se de uma visão externa para uma visão interna, na qual o indivíduo mostra a sua perspectiva relativamente ao seu envelhecimento antes de se referir ao envelhecimento em geral (McTavish, 1982).

O desenvolvimento deste conceito surge associado à investigação em Gerontologia, Psicologia Social e Clínica. O primeiro instrumento de referência designou-se "*Perceptions of Old Age*", de Youmans (1971), através do qual existiu uma tentativa de perceber a forma como as pessoas descreviam, o mais próximo possível da realidade, o seu envelhecimento, o que pensavam acerca do envelhecimento, sentimentos de ansiedade acerca de envelhecer, distância ou proximidade social, responsabilidade e inerência no fenómeno, assim como atitudes positivas ou negativas face ao envelhecimento.

Mais tarde, Morgan e Bentson (1976) desenvolveram um instrumento designado "*Perceptions of Aging*", que se focava nas atitudes positivas dos indivíduos face ao envelhecimento. Por outro lado, foram surgindo instrumentos que avaliavam os atributos negativos da percepção acerca do processo de envelhecer (McTavish, 1982).

Todos estes instrumentos tinham como pressupostos avaliar as percepções num contínuo e numa perspectiva multidimensional, tendo sempre uma componente direccional mediante um pólo positivo e um pólo negativo (concordo/discordo, favorável/desfavorável) (McTavish, 1982).

Outro factor comum às investigações realizadas nesta época era a idade. Habitualmente, as idades alvo situavam-se entre os 50 e os 70 anos, o que pode traduzir algum reducionismo em termos de resultados e conclusões. Contudo, não nos podemos esquecer de dois factos: a contextualização destas investigações (anos 70 e 80) e a baixa esperança média de vida.

Actualmente, o envelhecimento é encarado como um processo, e não como uma entidade estatística observada num dado momento, a uma dada hora. A forma como cada indivíduo percepção o seu envelhecimento pode ser a chave que indica uma boa ou má adaptação à velhice.

O envelhecimento deve ser encarado numa perspectiva multidimensional e multidireccional, envolvendo um jogo dinâmico entre perdas e ganhos, entre sucessos e fracassos. Apesar de ser um processo vivido dentro de um contexto social, algo que confere ao envelhecimento especificidades, é importante referir que cada processo de envelhecimento é singular e idiossincrático.

O estudo do envelhecimento propriamente dito é importante, mas as investigações têm-se direccionado para as percepções que os indivíduos têm acerca deste, pois essas percepções implicam uma avaliação própria, reflectindo formas de pensar e julgamentos do indivíduo relativamente à sua vida, e que podem estar associados à forma como o processo de envelhecimento irá ser vivido (Furstenberg, 2002).

Os indivíduos adultos em idade activa que percebem o seu processo de envelhecimento de forma positiva procuram que a sua velhice vá no sentido de melhorar a sua qualidade de vida e não somente o seu prolongamento através de cuidados médicos (Duarte, Santos & Gonçalves, 2002).

A percepção de envelhecimento é muitas vezes associada à ideia de “desgaste”, com ênfase no aspecto físico, e em todas as respostas relacionadas aos motivos de adesão, de continuidade e dos benefícios obtidos com a actividade física, assim como nas questões directamente relacionadas com o envelhecimento. As pessoas acreditam na dissociação mente/corpo, afirmando a necessidade de valorizar e manter a mente jovem porque dessa forma se anula o aspecto negativo associado ao acto de envelhecer (Duarte, Santos & Gonçalves, 2002).

1.1. Percepções do Envelhecimento: Conceitos e Dimensões

O estudo das percepções de envelhecimento tem como suporte teórico o Modelo de Auto-Regulação do Leventhal (1985). Segundo este modelo, os indivíduos desenvolvem representações das ameaças que possam acontecer à sua saúde/doença, sendo essas representações caracterizadas sob várias dimensões: identidade, ligada à crença sobre a natureza da doença e dos sintomas; consequências do impacto da doença na sua vida; duração da doença (aguda, crónica ou cíclica); controlo (crença na capacidade de monitorizar a sua própria doença); e, representações emocionais (resposta emocional que é atribuída à doença). Além disso, o modelo postula que os indivíduos lidam com as doenças/sintomas da mesma forma que fazem com os outros problemas. Assim, perante os problemas, os indivíduos estão motivados para resolvê-los e voltar ao seu estado de equilíbrio, isto é, à normalidade. Quando esta situação é transposta para a saúde/doença, como o ser saudável é o estado normal do indivíduo, qualquer início de doença será interpretado como um problema, estando o indivíduo motivado para restabelecer o seu estado de saúde, através de estratégias adequadas de coping e posterior avaliação da sua eficácia (Ogden, 2004).

Esta teoria vem, então, mostrar que os indivíduos têm capacidades para regular e monitorizar o seu comportamento no sentido de maximizar o seu bem-estar e reduzir o desconforto (Leventhal, Brissete, & Leventhal 2003), não excluindo o contexto sócio-cultural onde o indivíduo está inserido, pois é esse contexto que vai ajudar a desenvolver a construção das percepções acerca da saúde/doença (Leventhal et al., 1997).

Desta forma, e tendo como sustentação o Modelo de Auto-Regulação do Leventhal (1985), Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007) vêm propor sete dimensões do envelhecimento. Essas dimensões são a Identidade (crenças sobre o envelhecimento no contexto de saúde, especificamente as mudanças na saúde que possam estar relacionadas com o envelhecimento), a Duração, que pode ser Crónica ou Cíclica (a crónica relacionada com o facto do indivíduo sempre se considerar velho e a cíclica relacionada com o facto do indivíduo se considerar velho apenas em algumas fases da sua vida), as Consequências, que podem ser Positivas ou Negativas (positivas quando o indivíduo considera que envelhecer pode trazer coisas boas; negativas quando o indivíduo considera que envelhecer pode ser difícil para ele), o Controlo, também Positivo ou Negativo (o envelhecimento pode ser saudável e

positivo quando há um controlo nesse sentido e vice-versa, ou seja, quando o indivíduo percebe que não vai conseguir monitorizar a sua experiência de envelhecimento) e as Representações Emocionais (relacionadas com as respostas emocionais que os indivíduos dão ao seu próprio envelhecimento).

1.2. Envelhecimento Saudável

A literatura mostra que nos últimos 30 anos os estereótipos negativos relativamente ao envelhecimento eram aceites pela comunidade científica. Os idosos eram vistos como sendo pessoas lentas, senis, doentes, esquecidas, sem força, isoladas, em declínio físico e mental, pobres e deprimidas (Lupien & Wan, 2004).

Actualmente, esta visão negativa do envelhecimento já não vigora, predomina a visão positiva de um envelhecimento saudável, pautado por atitudes favoráveis face ao envelhecimento e pelo bem-estar (Lupien & Wan, 2004), embora estudos recentes com jovens ainda apontem para alguns estereótipos negativos relativamente aos idosos (Cantwell & Barrett, 2006).

Vários foram os autores que se dedicaram a esta nova forma de encararmos o envelhecimento. Havighurst (1961, *cit in* Gullifer & Thompson, 2006) definiu este conceito como sendo a *“adição de vida aos anos que ainda nos restam”* e *“ter satisfação durante a vida”*. Rowe e Kahn (1987, *cit in* Gullifer & Thompson, 2006) propõem um modelo de envelhecimento saudável baseado em baixos níveis de incapacidade, boa capacidade cognitiva e funcional e uma vida activa. Ryff (1989, *cit in* Gullifer & Thompson, 2006) definiu o construto como o *“funcionamento positivo ou ideal relacionado com o trabalho desenvolvimental durante o curso da vida”*.

O envelhecimento saudável ou positivo é multidimensional, pois envolve o relacionamento com os outros, o crescimento e adaptação às mudanças, a manutenção da saúde física, mental, funcional, económica e social. A aprendizagem emerge como um factor importante no envelhecimento saudável, especificamente a aprendizagem ligada à experiência social, às estratégias de coping, às formas de diversão, à capacidade de ajustamento às situações que implicam perdas e a selecção de actividades que estejam de acordo com as suas capacidades (Duay & Bryan, 2006; Knight & Ricciardelli, 2003; Phelan, Anderson, Lacroix & Larson, 2004).

Os indivíduos que têm um envelhecimento saudável são aqueles que continuam com os seus hábitos, preferências, estilos de vida e os relacionamentos que mantinham antes de chegarem à velhice (Gullifer & Thompson, 2006).

Relacionado com o envelhecimento saudável estão temas como a instrução, ser activo no dia-a-dia, ter um sentimento de segurança, estar continuamente a aprender, viver uma vida calma, ter uma boa saúde física, estar e sentir-se seguro, estar satisfeito com os relacionamentos que se vai criando e com o apoio social (Buys et al., 2008).

1.3. Percepções de Envelhecimento e suas Implicações

Têm sido realizadas algumas investigações nesta vertente que mostram que alguns factores como o baixo nível educacional, o baixo rendimento económico, o género feminino, a percepção não satisfatória da saúde em geral, a incapacidade funcional percebida, a viuvez são, entre outras, as variáveis sociais e ambientais mais significativas que estão ligadas à percepção negativa do envelhecimento (Jang, Poon & Kim Shin, 2004; Lucchetti, Corsonello & Gattaceca, 2008).

As percepções de envelhecimento, sejam positivas ou negativas, estão implicadas na saúde funcional e nas taxas de mortalidade. A investigação mostra que as crenças sobre o envelhecimento são preditoras das causas de morte, isto é, indivíduos com percepções positivas de envelhecimento têm menos probabilidade de morrer por causas respiratórias do que os indivíduos com percepções negativas de envelhecimento (Levy, Slade, Kunkel & Kasl, 2002; Levy, Slade & Kasl, 2002).

Muitos estudos têm demonstrado que as crenças sobre o envelhecimento estão, também, associadas com comportamentos de saúde. Entre os idosos, é comum os problemas serem atribuídos à idade e ao envelhecimento, sendo que estas atribuições estão associadas a mecanismos de coping passivos, a baixos índices de utilização de serviços de saúde e a uma maior taxa de mortalidade. Indivíduos com 50 anos ou ainda mais velhos que revelaram percepções positivas de envelhecimento, estão menos susceptíveis de experienciarem incapacidades ou até mesmo de morrerem precocemente e investem em comportamentos de saúde saudáveis e preventivos. Indivíduos com baixas expectativas relativamente ao envelhecimento manifestaram estilos de vida sedentários (Levy & Myres, 2004; Sarkisian, Shunkwiler, Aguilar & Moore, 2006).

Existe também relação entre percepções de envelhecimento e outras variáveis ligadas à saúde psicológica, como a satisfação na vida (Efklides, Kalaitzidou & Chankin, 2003), a qualidade de vida (Steверink, Westerhof, Bode & Dittmann-Hohli, 2001, referidos por Barker et al., 2007), a solidão (Beyene, Becker & Mayen, 2002), a depressão (Gatusso, 2001, referido por Barker et al., 2007), os comportamentos, através da adoção de comportamentos promotores de saúde (Levy & Myres, 2004) e estratégias de coping (Prohaska, Keller, Leventhal & Leventhal, 1987 referidos por Barker et al., 2007).

Estudos realizados na área da personalidade mostram igualmente a existência de uma relação entre a personalidade (tendo sido aplicado o Modelo de Personalidade dos Cinco Factores) e as percepções de envelhecimento, sendo que são os indivíduos com mais traços de personalidade neurótica que têm estereótipos mais negativos do envelhecimento (Moor, Zimprich, Schmitt & Kliegel, 2006).

Quanto às diferenças entre géneros, o que se verifica na literatura é que o envelhecimento é encarado como uma experiência negativa mais para as mulheres do que para os homens. As mulheres referem que sentem mais ansiedade quando pensam no seu envelhecimento do que os homens, expressando particularmente altos níveis de ansiedade no que respeita ao declínio da sua imagem corporal, mobilidade, dependência, satisfação sexual, morte, menor atractividade física, questões económicas e ao declínio de um apoio familiar adequado no envelhecimento. Desta forma, e ainda de acordo com os mesmos autores, a ansiedade relativamente ao envelhecimento gira em torno da aparência física, saúde, capacidade cognitiva e auto-conceito (Cantwell & Barrett, 2006).

Já com os grupos etários, investigações realizadas por Cantwell e Barrett (2006) com grupos de jovens, relativamente às percepções de envelhecimento, vêm mostrar que estes acreditam que a idade reduz a atractividade, que os idosos são dependentes dos outros e são infelizes. Por outro lado, a mesma investigação refere que os jovens também têm uma visão positiva acerca do envelhecimento, pois consideram-no uma fase onde predomina o conhecimento e a sociabilidade.

Outras investigações relativas às percepções de envelhecimento em jovens e adultos sugerem que os mais jovens têm tendência a mudar as suas percepções de envelhecimento de acordo com os seus medos relativos à velhice, enquanto que os adultos têm tendência a manter a mesma identidade quando percebem o seu envelhecimento. Este estudo também mostra que há uma discrepância entre a idade

subjectiva e a idade actual e que esta está associada com os medos pessoais relativos ao envelhecimento e à satisfação com a vida (Montepare & Lachman, 1989).

As percepções positivas de envelhecimento sustentam níveis de actividade social, contribuem para a auto-estima e para o bem-estar psicológico. Quando os indivíduos se sentem mais jovens relativamente à idade, isso pode ser associado a um envelhecimento de sucesso, a um estado de saúde positivo e a um maior bem-estar psicológico (Kleinspenh-Ammerlehn, Kotter-Grühn & Smith, 2008), além de que são as únicas dimensões relacionadas com uma maior longevidade.

Sentir-se jovem e estar satisfeito com a sua própria idade são expressões de percepções positivas de envelhecimento (Levy, 2003). A satisfação com o envelhecimento é, conceptualmente, aquilo que permite avaliar de uma forma mais explícita a idade e o envelhecimento dos indivíduos. As percepções positivas de envelhecimento são vistas como os indicadores de um envelhecimento saudável ou positivo, de uma identificação com a idade e dos processos de auto-regulação (Sneed & Whitbourne, 2005).

2. Percepções do Estado de Saúde

As percepções do estado de saúde são consideradas um método confiável, capazes de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos. Muitos estudos ligados a esta temática encontram relação entre as percepções do estado de saúde e as mais diversas variáveis, seja em populações clínicas ou não clínicas.

Estudar as percepções do estado de saúde implica o estudo das representações cognitivas ou crenças organizadas que as pessoas têm acerca da sua saúde. Essas representações podem ser influenciadas por uma visão “interna”, baseada nas percepções do próprio indivíduo e também no contexto onde está inserido, e por uma visão “externa”, baseada nas observações dos médicos/psicólogos.

A teoria que está subjacente às percepções do estado de saúde é o Modelo de Auto-Regulação do Leventhal (1985). Segundo este modelo, os indivíduos formam representações das ameaças que possam acontecer à sua saúde.

2.1. Percepções do Estado de Saúde e suas Implicações

As percepções do estado de saúde mostraram ser importantes indicadores de mortalidade, uma vez que indivíduos com pior percepção do estado de saúde têm maior risco de morte em comparação com os que relatam a percepção de uma saúde excelente. Além de preditor de mortalidade, a percepção do estado de saúde está também relacionada com o declínio funcional (Alves & Rodrigues, 2005; Ramos, 2003).

Quando os indivíduos são controlados pelo estado de saúde objectivo, ou seja, pela idade, sexo, satisfação com a vida, local de residência, o risco de mortalidade é três vezes maior para os indivíduos que manifestaram um estado de saúde como sendo pobre do que aqueles que manifestaram um estado de saúde como sendo excelente (Goldstein, Siegel & Boyer, 1984).

Estas percepções têm sido determinantes no comportamento e estão associadas a inúmeras características como a adesão ao tratamento e a cura (Petrie, Jago & Devcich, 2007). Indivíduos com mais habilitações e com maiores acessibilidades a serviços médicos e de saúde estão, certamente, melhor

posicionados para diagnosticar e perceber a sua própria doença ou para terem comportamentos saudáveis (Sen, 2002).

Os indivíduos com uma grande incapacidade funcional tendem a ter percepções do estado de saúde menos favoráveis. Cuidar da própria saúde e ter um controlo sobre a saúde está pouco relacionado com a incapacidade funcional (Rakowski, 1990).

Muitas teorias sugerem que as situações de ameaça causam impacto na saúde, pois afectam as necessidades centrais do indivíduo e estão relacionadas com as percepções de doença e com a saúde subjectiva (Karademas, Bakouli, Bastounis, Kallergi, Tamtami & Theofilu, 2008).

As percepções do estado de saúde têm sido apontadas como intermediárias entre a saúde física, mental e emocional, tendo implicações importantes na promoção do bem-estar em geral e, especificamente, no bem-estar psicológico. É fundamental criar esforços no sentido de promover crenças e atitudes positivas nos indivíduos face à sua saúde e face aos comportamentos promotores de saúde (Jang, Bergman, Schonfeld & Molinari, 2007).

Investigações realizadas vêm demonstrar que o número de sintomas é um forte preditor da percepção do estado de saúde, seguido da idade, educação e raça (Cockerham, Sharp & Wilcox, 1983).

As percepções positivas dos indivíduos relativamente à sua saúde dependem não apenas da melhoria dos sinais e sintomas da doença, mas também da manutenção do funcionamento físico e mental, do acesso a sistemas de apoio social e protecção contra a perda de controlo (Antonovsky, 1967; Liang, 1986; Parsons, 1951; Pearlin, 1989; Rickelman, Gallman & Parra, 1994 referidos por Bryant, Beck & Fairclough, 2000).

As avaliações do estado de saúde têm mostrado resultados no que respeita à predição da mortalidade, à presença de problemas de saúde, à incapacidade física e biológica e aos factores de risco no estilo de vida do indivíduo. A percepção do estado de saúde está, também, relacionada com o controlo percebido e o uso de estratégias de controlo da dor e com as mudanças relacionadas com a idade. Se essa percepção for positiva ela estará relacionada com um perfil psicológico adaptativo, com a saúde e com o bem-estar psicológico (Idler & Kasl, 1991; Menec, Chipperfield & Perry, 1999).

É, também, importante perceber a verdadeira relação que existe entre o apoio social e a percepção do estado de saúde pelo indivíduo, pois estudos realizados mostram que as pessoas que avaliaram o seu estado de saúde como sendo precário

também possuíam baixos níveis de apoio social quando comparadas com as que reportaram melhor estado de saúde. Por isto, acredita-se que indivíduos que pertencem a uma boa rede social e que a percebem como tal, possuem uma percepção mais positiva do estado de saúde do que aqueles que não têm tal auxílio (Dantas, Pelegrino & Garbin, 2007; Lankveld, Teuniss, Näring, Vonk & Hoogen, 2008).

Com uma visão positiva da vida, será mais fácil ao indivíduo estar satisfeito e pensar nele próprio como uma pessoa saudável e mais activa.

Quando pretendemos intervir com um indivíduo, seja ele adulto ou idoso, é fundamental entender as experiências de doença desse indivíduo e as crenças que ele possui acerca da sua saúde, pois só assim é possível obter uma intervenção de sucesso.

As representações de saúde/doença determinam a resposta do indivíduo aos sintomas corporais e ao estado de doente, incluindo o risco e a necessidade percebida de tratamento. Além disso, entender as crenças é fundamental para promover o planeamento e a qualidade dos cuidados de saúde (Haller, Sanci, Sawyer & Patton, 2008).

Os indivíduos idosos, apesar de se considerarem como mais vulneráveis à doença, referem também uma grande frequência em acções promotoras de saúde (*check-ups* regulares, evitação do sal, sono regular e uma alimentação equilibrada) quando comparados com os jovens. As práticas de saúde, a par do controlo do stress e das emoções tendem a aumentar com a idade, segundo os testemunhos destes idosos (Prohaska, Leventhal, Leventhal & Keller, 1985).

Investigações realizadas demonstraram que existem diferenças nos grupos etários relativamente à percepção do estado de saúde. Verificou-se que as percepções do estado de saúde variam com a idade e que essas diferenças influenciam os mecanismos de coping que são utilizados. Especificamente, foram exploradas as percepções acerca do envelhecimento como sendo a causa da doença e as percepções do envelhecimento no que respeita à gravidade, cura e controlabilidade da doença. O padrão de resultados mostrou que os participantes expressaram a crença que o envelhecimento está associado com o aumento da susceptibilidade à doença e a um baixo controlo ou potencial cura da doença, o que pode originar, conseqüentemente, uma visão negativa do envelhecimento, ligada ao desgaste e ao declínio da saúde (Keller, Leventhal, Prohaska & Leventhal, 1989).

Assim, os indicadores de saúde psicológica são importantes para monitorizar e avaliar o estado de saúde dos indivíduos, pois os idosos são, inevitavelmente,

associados a um declínio psicológico e físico, e isto leva ao decréscimo da qualidade de vida e ao aumento da dependência dos outros (Lattifah, Afiah & Shashikala, 2005).

É, então, importante compreender a forma como os indivíduos adultos percebem o envelhecimento, a saúde e a doença, as suas expectativas em torno da eficácia do tratamento e a capacidade para fazer face às mudanças que vão acontecendo, sempre com o objectivo de investir em comportamentos promotores de saúde e, previsivelmente, contribuir para o bem-estar psicológico (Hickey & Stilwell, 1992).

2.2. Percepções do Estado de Saúde e Estudos de Género

Durante vários anos, nas sociedades ocidentais, acreditou-se que a saúde e a doença eram fenómenos específicos de género - as mulheres viviam mais tempo do que os homens. Contudo, estudos mais recentes demonstraram que a diferença entre géneros varia conforme os indicadores utilizados e a idade (Ferreira & Santana, 2003). Outros autores referem que as mulheres apresentam uma maior propensão para relatar a doença quando comparadas com os homens (McIntyre et al., 1999, referidos por Ferreira & Santana, 2003).

As representações de saúde podem influenciar a forma como os adultos se adaptam à doença. Os conceitos acerca da saúde variam de acordo com a idade, contudo, quanto ao género, os homens têm mais tendência a censurar-se a eles próprios pela doença que têm do que as mulheres (Haller, Sanci, Sawyer & Patton, 2008). Desta forma, é imperativo compreender a perspectiva do paciente, pois isso pode ser o componente chave para uma comunicação de sucesso entre o médico/psicólogo e o paciente.

3. Apoio Social Percebido

Tratar o tema apoio social percebido implica que se faça uma distinção entre o apoio social real e o apoio social percebido. Quando falamos em apoio social real, falamos no apoio que temos das pessoas que gostam e cuidam de nós e que nos valorizam. O apoio social promove a adaptação dos indivíduos, quando estes são confrontados com situações normativas, contribuindo assim para o seu bem-estar físico e psicológico (Cruz, 2001; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983).

O apoio social percebido refere-se à avaliação generalizada que o indivíduo faz dos vários domínios da sua vida, em relação aos quais julga que é querido e lhe reconhecem valor; ou, refere-se à avaliação que o indivíduo faz da disponibilidade dos outros próximos e da possibilidade de a eles recorrer se disso carecer (Cramer, Henderson & Scott, 1997; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, Ramos, Carvalhosa, Dias & Gonçalves, 2003).

A forma como percebemos o apoio social que temos está muito relacionada com os nossos traços de personalidade, pois eles determinam em grande parte a nossa satisfação ou insatisfação com as interacções que criamos e são também eles que estão na base da nossa percepção de apoio social (Cukrowicz, Franzese, Thorp, Cheavens & Lynch, 2008).

Devemos compreender o apoio social como uma experiência pessoal e não como um conjunto objectivo de interacções e trocas, sendo conhecido o papel fulcral da intensidade com que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido.

3.1. Apoio Social Percebido e suas Implicações

O apoio social tem um efeito directo sobre o bem-estar psicológico, fomentando a saúde independentemente do nível de stress, o que significa que quanto maior for o apoio social percebido menor será o mal-estar psicológico experimentado e quanto menor for o apoio social percebido maior será a incidência de perturbações/doenças.

Existe um grande corpo de evidência que sugere a existência de uma relação entre o apoio social percebido e uma variedade de medidas dependentes: a saúde, a protecção da saúde ao longo de todo o ciclo vital, a adaptação psicológica, a percepção de bem-estar (Pierce, Sarason & Sarason, 1992; Wills, 1997), a redução do mal-estar (Sarason, Sarason, Potter III & Antoni, 1985), a satisfação com a vida

(Sarason et al., 1983), a longevidade e a mortalidade (Hanson, Isacson, Janzon & Lindell, 1989; Rohr & Lang, 2009), as queixas somáticas (Peplau, 1985), a resistência a doenças e a redução do risco de demência (Cohen, 1988; Rohr & Lang, 2009) e a protecção para indivíduos em risco para subseqüentes perturbações mentais (Ornelas, 1996).

Como tal, este construto é muitas vezes referido como a protecção que as pessoas procuram para fazer face às exigências e problemas do dia-a-dia, sempre com o objectivo de atingir o bem-estar e reduzir o stress e a sensação de mal-estar. Além disso, o apoio social ou os relacionamentos sociais têm um significativo efeito positivo na saúde física, mental e emocional do indivíduo, pois desempenham um papel positivo no ajustamento psicológico e na saúde, afastando os estados de stress (Sarason, Sarason, Earl, Potter & Antoni, 1985; Segrin, 2006). Estudos mostram que os indivíduos com melhores sistemas de apoio social experienciam um melhor estado de saúde (Locher et al., 2004).

O apoio social percebido é, definitivamente, importante para a saúde e bem-estar psicológico no envelhecimento. Os indivíduos com poucas teias sociais correm o risco de morrer mais cedo, pois o apoio social está ligado à sobrevivência. Os indivíduos que têm, de facto, um forte apoio social e que o conseguem perceber são aqueles que apresentam uma melhor saúde física e mental, quando comparados com os indivíduos que estão socialmente isolados. Por tudo isto, é notório o contributo do apoio social percebido para o bem-estar psicológico e bem-estar geral, mas também para a percepção do estado de saúde dos indivíduos (Siebert, Mutran & Reitzes, 1999).

O apoio social percebido é fornecido por redes sociais como a família, os amigos, as relações de trabalho e as relações comunitárias. Estudos evidenciam que o apoio social percebido exerce efeitos directos e indirectos sobre o sistema imunológico do corpo, no sentido de proporcionar um aumento na capacidade das pessoas contornarem as situações stressantes e os seus sintomas (Hoffmann, Muller & Frasson, 2006).

Os relacionamentos sociais parecem, então, conferir benefícios à saúde e ajudam os indivíduos a lidar com as adversidades da vida, uma vez que existe uma forte evidência entre altos níveis de contacto e apoio social e a redução do risco de mortalidade, o estatuto da saúde física, mental e emocional, a performance física e o bem-estar psicológico (Andrews, 2001; Bowling, Barber, Morris & Ebrahim, 2006).

É comum verificar-se, na prática clínica, o efeito benéfico da atenção suplementar dispensada aos doentes em termos do seu bem-estar e reabilitação física, o que leva a crer que o apoio emocional pode, de facto, substituir ou compensar a perda resultante da doença, predizendo, assim, o coping adaptativo. Há uma posição consensual na literatura quanto à forte influência da percepção de apoio social sobre o nível de stress experienciado, justificando assim, a sua relação com os resultados de saúde (Sarason, 1988, referida por Coelho & Ribeiro, 2000). Aliás, esta conceptualização prevê que as relações sociais afectem a saúde de múltiplas formas, nomeadamente através do encorajamento ou desencorajamento de comportamentos relacionados com a saúde.

Outras investigações realizadas relacionam o apoio social ligado à igreja/religião com a saúde no envelhecimento e revelam que os indivíduos que frequentam muitas vezes a igreja sentem-se mais próximos da sua congregação, sentem um maior apoio emocional e espiritual e confessam ter uma relação de maior intimidade com Deus. Estes são mais optimistas e apresentam uma melhor saúde comparados com os indivíduos pessimistas (Krause, 2002).

Um crescente número de investigações vem, também, sugerir que a religião e a espiritualidade podem ajudar os indivíduos a manter ou a recuperar a saúde física, mental e emocional. Surge a hipótese de que o apoio espiritual percebido pode contribuir para o aumento do bem-estar psicológico e para o sentido de coerência. Ao acreditar no apoio espiritual, os indivíduos sentem-se protegidos, guiados e ajudados. Sentem que esse Ser Superior em que acreditam tem o poder de mudar o mundo e de os ajudar na promoção do bem-estar psicológico (Lawton, Keblan & DiCarlo, 1984).

Quando comparadas as diferenças de género, as mulheres são aquelas que dão e recebem maior apoio e estão mais satisfeitas com as suas amizades. Os homens revelam que recebem maior apoio das suas esposas, mas menos apoio dos restantes membros da família e dos seus amigos (Siebert, Mutran & Reitzes, 1999).

Outros autores demonstraram que o apoio social tem um forte impacto na frequência da interacção. Analisaram, também, diferenças de género e concluíram que as mulheres tendem a beneficiar mais do contacto social, com amigos e pessoas relativamente próximas, do que os homens (Blazer, 1982; Seeman, Kaplan, Knudsen, Cohen & Guralnik, 1987).

O reconhecimento do papel protector do apoio social, real ou percebido, deriva dos estudos pioneiros do Cobb (1976, referido por Coelho & Ribeiro, 2000), onde o

construto aparece operacionalizado como uma entidade específica, influente no estado de saúde, através da sua acção facilitadora no confronto e adaptação em situações de crise emocional. Assim, o conceito é explicitamente descrito pelo autor como a informação pertencente a uma das três classes: sentimento de ser amado, crença de que se é estimado, valorizado e de que as pessoas se preocupam consigo e sentido de pertença a uma rede de relações.

O apoio social percebido poderá, eventualmente, funcionar como um meio de assistência do coping (Thoits, 1986, referido por Coelho & Ribeiro, 2000). O modelo estrutural do coping, definido por Lazarus e Folkman (1984) prevê, precisamente, uma definição cognitivo-relacional da resposta ao stress, sendo por isso concebido como referente aos esforços cognitivos e comportamentais que o sujeito desenvolve para lidar com as exigências específicas, avaliadas em função dos seus recursos pessoais.

4. Bem-Estar Psicológico

O bem-estar psicológico é um construto proposto, na década de 80, por Carol Ryff (1989a). O construto é associado pela autora ao funcionamento psicológico positivo do indivíduo (saúde mental) e a dimensões que possibilitam sentimentos de satisfação e felicidade consigo próprio, com as suas condições de vida nos âmbitos social e relacional, com as suas realizações pessoais passadas e expectativas futuras (Novo, 2003).

A formulação do modelo de bem-estar psicológico proposto por Ryff partiu de algumas considerações teóricas e metodológicas acerca dos estudos sobre o bem-estar, principalmente àqueles vinculados ao bem-estar subjectivo. No âmbito teórico, Ryff questiona o facto de que, embora haja diferentes abordagens que relacionam o bem-estar com o funcionamento positivo, a concepção teórica de bem-estar utilizada por tais abordagens é reducionista. Isto é explicado pelo facto de se utilizarem como critérios únicos para a definição de bem-estar a felicidade e a satisfação com a vida deixando-se, deste modo, de contemplar outras dimensões psicológicas que caracterizam o funcionamento positivo. Assim, no âmbito metodológico, Ryff critica as medidas de felicidade e satisfação como indicadores de bem-estar em função da sua base puramente empírica (Novo, 2003; Ryff, 1989a).

O modelo do bem-estar psicológico foi, então, criado a partir de três perspectivas teóricas (Ryff, 1989a), pois não existe apenas uma teoria capaz de explicar o bem-estar. Por esta razão, utilizaram-se pontos de convergência existentes entre a psicologia do desenvolvimento, principalmente as teorias de *life-span*, representadas por Erikson, Bühler e Neugarten, a psicologia clínica representada por Maslow, Rogers e Jung e a abordagem de saúde mental de Jahoda e Birren (Ryff, 1989a).

Pode-se considerar que um dos pontos fortes do modelo de Ryff reside exactamente na identificação desses pontos de convergência próprios de algumas formulações dessas teorias e da sua transposição do plano teórico para o plano empírico através da operacionalização das qualidades que delas emergem (Novo, 2003). Além disso, trata-se de um construto multidimensional que abrange processos cognitivos e afectivos, sendo constituído por um conjunto de dimensões de funcionamento psicológico positivo.

De acordo com Ryff (1989), pode ser sugerida a existência de seis dimensões que podem estar por detrás do bem-estar psicológico (estando estas também

presentes no questionário utilizado neste estudo: *Bem-Estar Psicológico - Versão Reduzida*): a autonomia, o domínio do meio, o crescimento pessoal, as relações positivas, os objectivos de vida e a aceitação de si.

4.1. Bem-Estar Psicológico e suas Implicações

Muitas são as investigações que tentam relacionar o bem-estar psicológico às percepções de envelhecimento. Contudo, esses estudos têm incidido mais sobre a população idosa, pelo que se reveste de toda a importância tentar perceber de que forma o bem-estar psicológico pode ser influenciado pelas percepções de envelhecimento na população adulta em idade activa.

Diversos autores tentaram encontrar quais os componentes que poderiam estar ligados ao bem-estar psicológico e concluíram que a satisfação com a vida, o afecto positivo, o afecto negativo, a auto-aceitação, as relações positivas, o crescimento pessoal, o investimento no percurso de vida, a autonomia e uma boa auto-estima eram os mais referidos pelos indivíduos. Pelo contrário, o stress tem sido ligado ao funcionamento psicológico negativo (Chang, D’Zurilla & Sanna, 2009; Diener, 2000; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

Na realidade, o bem-estar psicológico positivo tem sido reconhecido como um factor protector contra os problemas de saúde. Indivíduos felizes tendem a ser mais activos, utilizam o coping focalizado na resolução dos problemas e aceitam mais facilmente acontecimentos stressantes do dia-a-dia. Por outro lado, as emoções negativas e o stress crónico podem exacerbar doenças já existentes ou aumentar a vulnerabilidade a outras doenças (Collins, Goldman & Rodríguez, 2008).

De acordo com a literatura, este conceito pode derivar de duas perspectivas: a perspectiva hedónica, que se foca na felicidade e define o bem-estar em termos de prazer, de conhecimento e de evitação da dor; e a perspectiva eudaimónica, que se foca no significado e na auto-realização e define o bem-estar como o completo funcionamento do indivíduo (Ryan & Deci, 2001).

Estudos recentes demonstram que os indivíduos que vivem sozinhos revelam um menor bem-estar psicológico quando comparados com os indivíduos que vivem acompanhados mostrando-se, assim, a influência do apoio social real ou percebido no bem-estar psicológico dos indivíduos (Phillips, Siu, Yeh & Cheng, 2008). De facto, muitas investigações têm verificado que as redes sociais (família, amigos, vizinhança,

um casamento feliz...) quando são saudáveis implicam interdependência, vínculos afectivos e intimidade emocional e dão ao indivíduo uma estabilidade a nível emocional que lhe permite viver feliz e sentir-se bem física e psicologicamente (Ryan & Willits, 2007).

Indivíduos com poucas redes sociais revelam, ainda, maior susceptibilidade à depressão e à ansiedade, além da comorbidade existente entre depressão e saúde física e depressão e demência (Cairney, Corna, Veldhuizen, Herrmann & Streiner, 2008; Cheng, Fung & Chan, 2008).

Outros estudos vêm mostrar que os afectos negativos e a depressão têm sido relacionados com a mortalidade (Faller & Schmidt, 2004; Goodwin, Zhang & Ostir, 2004), o que pode ser indicador de que o bem-estar psicológico positivo tem um papel protector no risco de mortalidade (Fredrickson, 2001; Pressman & Cohen, 2005). Altos níveis de bem-estar psicológico estão associados a um melhor funcionamento cognitivo e à diminuição ou até eliminação dos sintomas depressivos (Llewellyn, Lang, Langa & Huppert, 2008).

Por tudo isto, parece, então, fundamental investir em situações ou comportamentos que possam proporcionar ao indivíduo sensações de felicidade e de bem-estar e que ele possa usufruir dessas sensações nos vários níveis da sua vida.

5. Sumário

Sendo o envelhecimento um processo multidimensional e idiossincrático é, então, fundamental abordá-lo nas suas inúmeras perspectivas, integrando o papel que essas várias perspectivas representam e desempenham na tarefa do envelhecer. Aceder às percepções dos indivíduos é uma mais-valia, pois isso permite chegar ao lado mais intimista, mas também mais real da forma de pensar, avaliar e sentir.

Envelhecer não é sinónimo de morrer, mas sim de investir em projectos que até então foram sendo adiados pelas mais diversas razões. É tempo de investir no próprio eu, no mundo que rodeia o indivíduo e lhe dá suporte.

Saber viver bem e com qualidade é algo que se vai adquirindo ao longo da vida, por isso é importante conhecer a forma como os indivíduos se projectam no futuro. Isto ajuda-nos, enquanto profissionais de saúde mental, a promover comportamentos de saúde saudáveis e a desmistificar crenças erradas que possamos ter sobre o processo de envelhecimento.

Apostar numa vida activa, saudável e plena de relações sociais que transmitam alegria, segurança e bem-estar devem ser objectivos de todos os psicólogos que trabalham nas questões ligadas ao envelhecimento.

Assim sendo, este estudo pretende abordar estas dimensões que caracterizam os indivíduos, de forma a perceber qual o aspecto mais valorizado no momento de se avaliar o bem-estar psicológico. Para tal serão elaboradas quatro hipóteses que pretendem testar a possível relação entre as percepções de envelhecimento, o estado de saúde física e mental e as percepções de envelhecimento. As variáveis apoio social percebido e estado emocional são testadas enquanto variáveis moderadoras e/ou mediadoras dessa possível relação.

CAPÍTULO II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA



A. METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentada a descrição da metodologia utilizada ao longo desta investigação empírica. Inicialmente são referenciados os objectivos do estudo, o desenho de investigação, as variáveis e as hipóteses a estudar. Segue-se a descrição da população e amostra com os métodos de recolha e a sua caracterização sócio-demográfica, os respectivos procedimentos, bem como os instrumentos utilizados. Por fim são descritos os métodos estatísticos utilizados.

1. Objectivos do Estudo

Este estudo tem como finalidade investigar o papel das percepções de envelhecimento em conjunto com a avaliação que as pessoas fazem do seu estado de saúde e dos sintomas psicopatológicos no processo de bem-estar psicológico. A mediar ou a moderar esta relação estão as variáveis apoio social percebido e estado emocional.

2. Desenho do Estudo

Tendo em vista os objectivos traçados, optou-se por um estudo transversal, exploratório, de desenho correlacional, com uma única avaliação, uma vez que se pretende estabelecer relações entre variáveis, analisando a sua magnitude e o sentido dessa mesma relação. Nos estudos correlacionais, o investigador não tem como propósito encontrar relações de causalidade entre fenómenos, mas apenas estabelecer previsões entre eles (Almeida & Freire, 2000).

O estudo situa-se no paradigma quantitativo, pois são enfatizados os números, ou seja, são tidas em conta as variáveis que têm significado para a investigação que está a ser realizada. Esses números são recolhidos através de instrumentos muito variados que têm como característica comum serem reduzidos a um número que representa uma entidade abstracta. Além disso, são enfatizadas as regras da lógica, o raciocínio dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana (Pais-Ribeiro, 2008).

3. Questões de Investigação

a) Será possível prever que as percepções de envelhecimento, o estado de saúde e os sintomas psicopatológicos sejam preditores significativos do bem-estar psicológico?

b) A relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico é moderada ou mediada pelo apoio social percebido?

c) A relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico é moderada ou mediada pelo estado emocional?

c) O apoio social percebido e o estado emocional, em conjunto, terão um efeito mediador ou moderador na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico?

4. Variáveis em Estudo

Num estudo correlacional, as variáveis estão relacionadas essencialmente com as dimensões do comportamento avaliadas ou com o(s) traço(s) a avaliar (Almeida & Freire, 2000). Neste estudo estas são as variáveis principais:

Variáveis preditoras:

- Percepções de Envelhecimento;
- Estado de Saúde;
- Sintomas Psicopatológicos.

Variável de resultado:

- Bem-Estar Psicológico.

Variáveis moderadoras ou mediadoras:

- Apoio Social Percebido;
- Estado Emocional.

Variáveis sócio-demográficas:

- Idade;
- Sexo;

- Estado civil;
- Habilitações literárias;
- Situação laboral;
- Profissão actual ou anterior;
- Pessoas com quem vive;
- Proveniência.

5. Hipóteses do Estudo

1. As Percepções de Envelhecimento conjuntamente com a avaliação que as pessoas fazem do seu Estado de Saúde e dos seus Sintomas Psicopatológicos influenciam, de forma significativa, a percepção do Bem-Estar Psicológico.
2. A relação entre as Percepções de Envelhecimento e o Bem-Estar Psicológico é mediada ou moderada pelo Apoio Social Percebido.
3. A relação entre as Percepções de Envelhecimento e o Bem-Estar Psicológico é mediada ou moderada pelo Estado Emocional.
4. O Apoio Social Percebido e o Estado Emocional, conjuntamente, têm efeito mediador ou moderador sobre o contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico.

6. População e Amostra

A população alvo deste estudo foram os indivíduos adultos em idade activa, residentes em Portugal Continental, de nacionalidade portuguesa, de ambos os sexos e sem patologias relevantes que pudessem condicionar a participação no estudo.

Os critérios de inclusão na amostra foram a idade dos indivíduos, sendo que esta esteve compreendida entre os 30 e os 64 anos de idade, e a sua disponibilidade de participação nesta investigação.

O período de recolha de dados situou-se entre 2 de Fevereiro e 15 de Maio de 2009. Optou-se por uma amostra de informantes estratégicos, mais especificamente uma amostra de bola de neve. Neste tipo de amostra, o investigador pede a um conjunto de informadores iniciais que forneça o nome de outros potenciais membros

que estejam disponíveis para participarem no estudo (Pais-Ribeiro, 2008). Recorrer a uma amostra de bola de neve permitiu aplicar um maior número de questionários em menos tempo. Participaram no estudo 200 indivíduos, além dos 20 indivíduos no estudo piloto. A Tabela 1 mostra a caracterização sócio-demográfica da amostra em estudo, através de uma distribuição absoluta e percentual.

6.1. Caracterização Sócio-demográfica da Amostra

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual das características sócio-demográficas

Variáveis	N	%
Idade		
30 – 45	127	63,5
46 – 54	43	21,5
55 – 64	30	15,0
Total	200	100,0
Mediana	41,00	
Género		
Feminino	114	57,0
Masculino	86	43,0
Total	200	100,0
Estado Civil		
Solteiro	37	18,5
Casado/União de Facto	145	72,5
Divorciado	10	5,0
Viúvo	8	4,0
Total	200	100,0

Habilitações Literárias

1º Ciclo	44	22,0
2º Ciclo	35	17,5
3º Ciclo	29	14,5
Ensino Secundário	51	25,5
Ensino Superior	39	19,5
Outros	2	1,0
Total	200	100,0

Situação Laboral

Empregado Activo	148	74,0
Desempregado	31	15,5
Reformado/Inválido	16	8,0
Outros	5	2,5
Total	200	100,0

Profissão

Sector Primário	0	0,0
Sector Secundário	49	24,5
Sector Terciário	143	71,5
N/R*	8	4,0
Total	200	100,0

Agregado Familiar

Cônjuge	43	21,5
Família Restrita	105	52,5
Família Alargada	19	9,5
Sozinho	17	8,5
Outros	16	8,0
Total	200	100,0

Proveniência

Meio Rural	26	13,0
Meio Urbano	174	87,0
Total	200	100,0

*Não respondeu à questão.

De acordo com a Tabela 1, a amostra é constituída por 57,0% de elementos femininos e 43,0% de elementos masculinos. 63,5 % desses elementos estão situados no grupo etário dos 30 aos 45 anos, sendo que o grupo etário seguinte, dos 46 aos 54 anos, está representado por 21,5 % desses elementos, e o último grupo etário que abrange os indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos está representado por 15% dos elementos da amostra. A mediana de idades é de 41,00 anos de idade.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou vive em união de facto (72,5%), sendo o grupo dos divorciados e dos viúvos o menos representativo na amostra (5,0% e 4,0%, respectivamente). Quanto às habilitações literárias, estas encontram-se muito distribuídas pelos vários graus de ensino, não havendo diferenças estatisticamente representativas (1º, 2º e 3º Ciclos com 22,0%, 17,5% e 14,5%, respectivamente; o ensino secundário com 25,5% de elementos; o ensino superior representado por 19,5% dos elementos compõem a amostra).

No que respeita à situação laboral e profissão, os indivíduos que compõem a amostra encontram-se, maioritariamente, em situação activa (74,0%). Seguidamente está a situação de desemprego (15,5%), depois a reforma ou invalidez representada por 8,0% dos elementos. As profissões foram distribuídas por três sectores: primário, secundário e terciário. A análise estatística realizada mostra uma diferença significativa relativamente ao sector onde estão distribuídas as profissões dos indivíduos. De facto, e de acordo com a Tabela 1, verifica-se que o sector terciário, ligado à prestação de serviços, é o mais representativo dos sectores (71,5%), seguido de sector secundário, ligado às indústrias, com 24,5%. De referir que, nesta amostra, nenhum elemento mencionou estar ligado ao sector primário, sector relacionado com a agricultura (0,0%).

Verificou-se, também, que a maior parte do elementos da amostra referiram viver com a família restrita (cônjuge e filho/os), tendo este agregado uma representação de 52,5%. De referir que 21,5% dos indivíduos vive com o cônjuge, 9,5% vive com a família alargada, 8,5% vivem sozinhos e 8% vive de uma outra forma que não foi especificada. Por último, salienta-se o facto de 87,0% dos elementos da amostra viverem em meio urbano, enquanto que 13,0% vivem em meio rural.

7. Procedimentos

Após contacto prévio e informal com os indivíduos que iam sendo convocados a participar neste estudo, e antes de se proceder à recolha de dados, foram tidos em consideração alguns aspectos éticos. Os participantes foram elucidados sobre os objectivos do estudo, assim como foi assegurada a confidencialidade dos dados, para que a sua colaboração fosse voluntária, fornecendo um consentimento autorizado sobre a sua participação (ver Anexo IX).

O preenchimento dos questionários foi realizado através do auto-preenchimento, após o esclarecimento daquilo a que cada questionário se referia, além do esclarecimento de dúvidas pontuais.

Os questionários foram administrados na própria casa do indivíduo, somente na presença do investigador, de modo a favorecer um ambiente calmo e de privacidade, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 100%.

Após a colheita dos dados estes foram lançados numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística SPSS (*Statistical Program for Social Sciences – versão 17.0*).

A sua análise estatística compreendeu, numa primeira fase, uma análise descritiva com os valores das frequências absolutas e relativas. Posteriormente, realizou-se a análise da fiabilidade dos instrumentos, através do Alfa de Cronbach, e a validade através da Análise de Componentes Principais. Utilizou-se o teste de correlação de *Spearman* (variáveis ordinais) para se estudar a validade entre as escalas.

Para testar as quatro hipóteses e os dados sócio-demográficos para cada hipótese realizaram-se análises de regressão *stepwise*, tendo como objectivo a descrição dos relacionamentos entre as variáveis predictoras, as variáveis de resultados e as variáveis moderadoras e mediadoras.

Nos resultados dos testes de hipóteses, o limite inferior de significância assumido foi de $p < 0,05$ (grau de confiança de 95%), rejeitando-se a hipótese nula sempre que a probabilidade do erro tipo I fosse inferior a este valor.

Antes de se discriminar as características psicométricas dos instrumentos utilizados no presente estudo, realizou-se um estudo preliminar da fiabilidade dos instrumentos com 20 indivíduos. Os resultados obtidos sugerem que os instrumentos de auto-relato utilizados são fiáveis do ponto de vista psicométrico, embora duas escalas apresentem valores de consistência interna abaixo daquilo que é aceitável do

ponto de vista estatístico: Alfa de Cronbach do *Questionário das Percepções de Envelhecimento* = 0,83; Alfa de Cronbach da *Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida* = 0,56; Alfa de Cronbach da *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* = 0,52; Alfa de Cronbach do *Questionário de Estado de Saúde - 11 itens* = 0,84; Alfa de Cronbach da *Escala de Provisões Sociais* = 0,87; e, por fim, o Alfa de Cronbach do *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* = 0,95.

8. Instrumentos

Para obter informações sobre as variáveis a estudar foram utilizados, numa só aplicação, vários questionários:

Título	Versão Original	Versão Portuguesa
Questionário Sócio-Demográfico e Clínico	Sousa & McIntyre, 2002	Baseado em Sousa & McIntyre, 2002
Finalidade: recolha e tratamento de dados relativos às características pessoais dos indivíduos e respectiva história clínica.		
Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE)	<i>Aging Perceptions Questionnaire</i> (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007)	Traduzido e adaptado por Adelaide Claudino (Universidade de Évora, 2007)
Finalidade: avaliar as dimensões do envelhecimento.		
Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (BEP)	<i>Scale of Psychological Well-Being</i> (Ryff, 1989)	Novo, Silva & Peralta, 2003
Finalidade: pretende avaliar as dimensões que contribuem para o bem-estar psicológico dos indivíduos.		
Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	<i>The Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (Zigmond & Snaith, 1983)	Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2006
Finalidade: tem como objectivo ajudar os clínicos a reconhecer componentes emocionais das doenças físicas.		
Questionário de Estado de Saúde – 11 itens (v2)	<i>SF-36 Health Survey</i> (Ware, Snow, Kosinsky & Gandek, 1993)	Pais-Ribeiro, Ferreira, Ferreira & Santana, 2003
Finalidade: pretende-se perceber como é que as pessoas se sentem face a várias dimensões da sua saúde.		
Escala de Provisões Sociais (EPS)	<i>Social Provision Scale</i> (Cutrona & Russell, 1987)	Moreira & Canaipa, 2007

Finalidade: operacionalizar a concepção multidimensional do apoio social percebido.		
Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	<i>Brief Symptom Inventory</i> (Derogatis, 1993)	Canavarro, 1995
Finalidade: avaliar sintomas psicopatológicos segundo nove dimensões de sintomatologia.		

8.1. **Questionário Sócio-Demográfico (Sousa & McIntyre, 2002)**

O questionário sócio-demográfico foi baseado no questionário de Maria Rui Sousa e Teresa McIntyre (2002). Inclui vários itens de apenas um formato – perguntas fechadas - que abrangem as mais diversas variáveis, com o objectivo de recolher e tratar dados relativamente às características pessoais dos indivíduos e ao historial clínico: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação laboral e profissão actual ou anterior, agregado familiar e proveniência.

8.2. ***Aging Perceptions Questionnaire* Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE) (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007; versão portuguesa traduzida por Adelaide Claudino, 2007)**

8.2.1. **Versão Original**

O título original do questionário é *Aging Perceptions Questionnaire*, construído por Maja Barker, Ann O'Hanlon, Hannah McGee, Anne Hickey and Ronan Conroy, em 2007. Foi traduzido por Adelaide Claudino, em 2007, e tem como objectivo avaliar as cinco dimensões do envelhecimento.

A primeira dimensão é a identidade, que diz respeito às crenças sobre o envelhecimento no contexto de saúde, especificamente relacionadas com mudanças como o declínio físico (Barker, et al., 2007).

A segunda dimensão, a duração, é a consciência que o indivíduo tem da sua experiência de envelhecimento ao longo do tempo. Esta pode ser crónica e estar associada à inactividade e à degradação da saúde. Ou cíclica, quando o indivíduo umas vezes sente que está a envelhecer e outras vezes não (Barak & Stern, 1986; Barker et al., 2007).

A terceira dimensão diz respeito às consequências que estão relacionadas com o impacto que o envelhecimento tem na vida do indivíduo. Esse impacto pode ser positivo e estar associado ao aumento da criatividade (Lindauer, Orwoll & Kelley, 2000) e ao aumento do bem-estar subjectivo (Steverink, Westerhof, Bode & Dittmann-Hohli, 2001, referidos por Barker et al., 2007). Por outro lado, pode ser negativo e estar associado com a depressão (Gatusso, 2001, referido por Barker et al., 2007) e a diminuição do bem-estar subjectivo (Steverink, Westerhof, Bode & Dittmann-Hohli, 2001, referidos por Barker et al., 2007).

Na quarta dimensão está o controlo, ou seja, quando o indivíduo acredita que é capaz de monitorizar a sua experiência de envelhecimento. O indivíduo sente que consegue controlar a sua vida e isso pode facilitar e contribuir para o seu bem-estar. O controlo pode ser positivo ou negativo.

As representações emocionais, a quinta dimensão do envelhecimento, dizem respeito às respostas que o indivíduo vai dando ao seu envelhecimento. Se responder com emoções negativas pode sentir preocupação, ansiedade, depressão, medo, raiva, tristeza, além de se verificarem alterações a nível da saúde física e funcional (Smith & Freund, 2002, referidos por Barker et al., 2007) e adopção de estratégias de coping mal-adaptativas (Gomez & Madey, 2001, referidos por Barker et al., 2007).

8.2.2. Características Psicométricas na População Irlandesa: estudos preliminares

Foram realizados dois estudos preliminares na Irlanda. O primeiro estudo tinha uma amostra de 129 indivíduos adultos, com idades iguais ou superiores a 65 anos. O segundo estudo, realizado para efeitos de re-teste contou com uma amostra de 165 indivíduos adultos, com idades iguais ou superiores a 65 anos. Em ambos os estudos preliminares foram encontradas boas características psicométricas, como se pode verificar pelos valores de Alfa de Cronbach nas várias dimensões: duração crónica = 0,78; duração cíclica = 0,79; consequências positivas = 0,70; consequências negativas

= 0,80; representações emocionais = 0,83; controlo positivo = 0,76; controlo negativo = 0,61; identidade = 0,75. O Alfa de Cronbach para a escala total foi de 0,76, sendo considerado um excelente resultado, logo um instrumento com boas características psicométricas.

8.2.3. Características Psicométricas na População Irlandesa

Posteriormente, realizou-se um estudo para aferir o APQ para a população Irlandesa, recolhendo-se uma amostra representativa da população – 2033 indivíduos, com idades compreendidas entre os 65 e os 102 anos.

Inicialmente, o APQ era constituído por oito escalas. No momento da validação, o questionário era composto por sete subescalas, com 35 itens no total. Uma validação posterior veio remover três itens, sendo que o questionário final ficou composto por 32 itens.

As subescalas finais são: duração crónica (itens 1, 2, 3, 4, 5), duração cíclica (itens 27, 28, 30, 31, 32), consequências positivas (itens 6, 7, 8), consequências negativas (itens 16, 17, 18, 19, 20), controlo positivo (10, 11, 12, 14, 15), controlo negativo (itens 21, 22, 23, 24) e representações emocionais (9, 13, 25, 26, 29). A subescala identidade abrange os itens Id1 até ao Id17. Esta última subescala avalia as mudanças experienciadas na saúde em geral, nos últimos 10 anos, ao longo de 17 itens que representam possíveis mudanças. O 0 representa o 'Não' e o 1 representa o 'Sim'. As pontuações variam entre 0 e 17.

À exceção da subescala consequências positivas, todas as outras subescalas têm os seus Alphas de Cronbach entre os 0,70 e excedem os 0,80, como se pode verificar pelos seguintes valores: duração crónica = 0,86; duração cíclica = 0,89; consequências positivas = 0,64; consequências negativas = 0,80; controlo positivo = 0,80; controlo negativo = 0,73; representações emocionais = 0,74. Estes resultados elevados vêm mostrar que o APQ foi um questionário válido e fidedigno na população Irlandesa, por isso, espera-se verificar a mesma fiabilidade e validade para a amostra em estudo.

8.2.4. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Uma vez que ainda não existem estudos de validação e fiabilidade em amostras portuguesas, realizou-se o estudo das características psicométricas deste questionário, amostra tendo em vista o desenvolvimento de dados de referência para estudos futuros.

a) Fiabilidade

Para se verificar a fiabilidade da escala foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach (consistência interna) para a escala total e para as subescalas - duração crónica, duração cíclica, consequências positivas, consequências negativas, controlo positivo, controlo negativo e representações emocionais. Refere-se, ainda o valor de consistência interna para a subescala identidade que avalia as mudanças experienciadas na saúde em geral, nos últimos 10 anos. A Tabela 2 apresenta o alfa obtido na escala total, enquanto que as Tabelas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 apresentam os alfas obtidos nas subescalas e as Tabelas 10 e 11 apresentam os valores da escala Identidade (Parte B do questionário).

Tabela 2 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*” – Escala Total – Parte A (32 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1.	93,04	178,682	0,116	0,867
2.	92,77	180,884	0,364	0,867
3.	94,79	175,282	0,346	0,861
4.	93,21	175,503	0,239	0,864
5.	93,93	173,668	0,298	0,862
6.	92,97	180,165	0,085	0,867
7.	92,45	183,977	- 0,076	0,868
8.	92,54	179,948	0,131	0,865
9.	93,60	171,237	0,367	0,861
10.	92,80	182,231	0,005	0,868
11.	92,97	176,301	0,252	0,863

12.	92,69	180,446	0,086	0,866
13.	93,94	170,493	0,472	0,858
14.	92,98	177,895	0,206	0,864
15.	92,92	175,405	0,283	0,862
16.	93,23	171,324	0,423	0,859
17.	93,59	167,651	0,493	0,857
18.	93,80	167,892	0,561	0,855
19.	93,66	167,532	0,531	0,856
20.	93,85	168,122	0,521	0,856
21.	93,65	169,234	0,481	0,857
22.	93,47	170,481	0,424	0,859
23.	93,86	169,662	0,466	0,858
24.	93,87	170,580	0,453	0,858
25.	94,12	166,769	0,593	0,854
26.	93,81	166,185	0,528	0,856
27.	93,59	167,499	0,570	0,855
28.	93,70	167,692	0,576	0,855
29.	94,14	169,830	0,501	0,857
30.	93,88	164,277	0,643	0,853
31.	93,85	166,952	0,579	0,855
32.	94,15	166,661	0,593	0,854

Alfa de Cronbach: 0,864

Média: 96,51

Variância: 183,095

Desvio-Padrão: 13,531

O coeficiente de Alfa de Cronbach para a globalidade da escala foi de 0,86, sugerindo uma consistência interna bastante aceitável. Uma análise mais detalhada aos itens revela que 6 itens (item 1: “*Tenho consciência de estar a envelhecer a cada momento*”; item 6: “*À medida que envelheço fico mais sábio*”; item 7: “*À medida que envelheço continuo a desenvolver-me como pessoa*”; item 8: “*À medida que envelheço aprecio mais as coisas*”; item 10: “*A qualidade da minha vida social na idade avançada depende de mim*”; item 12: “*Continuar a viver plenamente a vida depende de mim*”) apresentam uma baixa correlação (< 0,20) com os restantes itens da escala. Contudo, optou-se por não os retirar visto que a homogeneidade da escala não é afectada de forma significativa.

Tabela 3 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Duração Crónica (5 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1.	11,33	6,202	0,488	0,552
2.	11,06	7,520	0,308	0,638
3.	13,08	8,704	0,271	0,649
4.	11,50	5,869	0,594	0,493
5.	12,22	6,803	0,359	0,620

Alfa de Cronbach: 0,649

Média: 14,80

Variância: 9,902

Desvio-Padrão: 3,147

O coeficiente Alfa de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala situa-se um pouco abaixo daquilo que é estatisticamente aceitável ($\alpha = 0,65$), ao contrário do valor de consistência interna obtido no estudo de validação na Irlanda, pois trata-se de um valor que é considerado bastante aceitável do ponto de vista estatístico e que confere à subescala uma boa consistência interna ($\alpha = 0,86$). Todos os itens desta subescala mantêm uma correlação $> 0,20$, o que pode sugerir uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 4 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Duração Cíclica (5 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
27.	10,45	10,429	0,619	0,810
28.	10,55	10,781	0,589	0,818
30.	10,74	9,532	0,709	0,784
31.	10,71	10,088	0,665	0,797
32.	11,00	10,377	0,614	0,811

Alfa de Cronbach: 0,837

Média: 13,36

Variância: 15,377

Desvio-Padrão: 3,921

O coeficiente Alfa de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala Duração Cíclica situa-se num valor estatisticamente aceitável ($\alpha = 0,84$), indo ao encontro do valor de consistência interna obtido no estudo de validação na Irlanda ($\alpha = 0,89$). Mais uma vez, todos os itens desta subescala mantêm uma correlação $> 0,20$, revelando uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 5 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Consequências Positivas (3 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
6.	8,02	1,075	0,210	0,306
7.	7,50	1,638	0,205	0,304
8.	7,59	1,358	0,240	0,223

Alpha de Cronbach: 0,366

Média: 11,56

Variância: 2,318

Desvio-Padrão: 1,522

O coeficiente Alfa de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala Consequências Positivas apresenta um valor que não é estatisticamente aceitável ($\alpha = 0,37$), estando muito abaixo do valor de consistência interna obtido no estudo de validação na Irlanda ($\alpha = 0,64$). Apesar de ser um valor que está abaixo da referência dos 0,70, é um valor mais aceitável do que o valor obtido na presente amostra. Os 3 itens têm uma correlação que anda à volta dos 0,20, podendo sugerir que os itens desta subescala devem ser revistos e repensados para não afectar a homogeneidade da escala.

Tabela 6 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Consequências Negativas (5 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
16.	11,14	10,650	0,545	0,787
17.	11,49	9,517	0,629	0,762
18.	11,70	9,879	0,688	0,745
19.	11,57	9,625	0,610	0,767
20.	11,75	10,580	0,513	0,796

Alfa de Cronbach: 0,809

Média: 14,41

Variância: 15,077

Desvio-Padrão: 3,883

O coeficiente Alfa de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala Consequências Positivas apresenta um valor estatisticamente aceitável ($\alpha = 0,81$), estando de acordo com o valor de consistência interna obtido no estudo de validação na Irlanda ($\alpha = 0,80$). Nenhum dos itens têm uma correlação $< 0,20$, o que mostra que esta subescala têm uma boa homogeneidade.

Tabela 7 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Controlo Positivo (5 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
10.	14,57	6,247	0,367	0,689
11.	14,74	5,693	0,490	0,638
12.	14,46	5,696	0,547	0,614
14.	14,65	6,300	0,390	0,678
15.	14,68	5,606	0,496	0,635

Alfa de Cronbach: 0,701

Média: 18,27

Variância: 8,590

Desvio-Padrão: 2,931

Nesta subescala, o coeficiente Alfa de Cronbach obtido foi de 0,70, valor que se encontra no limiar do que é estatisticamente aceitável. Quando comparado com o valor de consistência interna obtido no estudo de validação, observa-se que este é estatisticamente mais aceitável ($\alpha = 0,80$). Nenhum dos itens tem uma correlação $< 0,20$, o que mostra que esta subescala tem uma boa homogeneidade, embora se possa salientar o item 10 (“*A qualidade da minha vida social na idade avançada depende de mim*”) como aquele que tem uma correlação mais baixa com os restantes itens (0,37).

Tabela 8 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Controlo Negativo (4 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
21.	8,33	5,800	0,506	0,703
22.	8,15	5,512	0,563	0,671
23.	8,54	5,677	0,540	0,684
24.	8,55	6,837	0,541	0,684

Alfa de Cronbach: 0,744

Média: 11,19

Variância: 9,348

Desvio-Padrão: 3,057

A subescala Controlo Negativo apresenta um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,74, podendo-se considerar um valor estatisticamente aceitável. Quando comparado com o valor de consistência interna obtido no estudo de validação ($\alpha = 0,73$), observa-se que ambos os valores estão muito próximos um do outro e que são aceitáveis do ponto de vista estatístico. Todos os itens estão correlacionados entre si com valores situados entre 0,50 e 0,56, o que pode sugerir que esta subescala tem uma boa homogeneidade.

Tabela 9 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Subescala Representações Emocionais (5 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
9.	10,02	8,899	0,467	0,760
13.	10,36	8,903	0,603	0,711
25.	10,54	8,441	0,649	0,693
26.	10,23	9,223	0,482	0,751
29.	10,56	9,233	0,537	0,733

Alfa de Cronbach: 0,772

Média: 12,93

Variância: 13,215

Desvio-Padrão: 3,635

A subescala Representações Emocionais apresenta um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,77, considerando-se um valor estatisticamente aceitável. O valor de consistência interna obtido no estudo de validação foi de 0,74, podendo-se observar que os valores estão relativamente próximos e são aceitáveis do ponto de vista estatístico. Quanto aos itens, todos eles estão correlacionados entre si com valores situados entre 0,47 e 0,65, sugerindo uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 10 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Escala Identidade – Parte B “*Experienciou esta mudança?*” (17 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1.	4,56	12,910	0,245	0,819
2.	4,64	12,624	0,329	0,814
3.	4,93	13,004	0,324	0,813
4.	4,59	12,002	0,515	0,801
5.	4,92	12,540	0,489	0,804
6.	4,97	12,823	0,457	0,806

7.	4,84	12,014	0,601	0,796
8.	4,73	12,146	0,494	0,802
9.	4,77	12,610	0,361	0,811
10.	4,68	11,989	0,526	0,800
11.	4,99	13,327	0,269	0,815
12.	4,96	13,149	0,300	0,814
13.	4,64	12,473	0,373	0,811
14.	4,94	12,881	0,388	0,809
15.	4,94	12,664	0,467	0,805
16.	4,84	12,561	0,409	0,808
17.	4,68	12,128	0,489	0,803

Alfa de Cronbach: 0,817

Média: 5,10

Variância: 14,040

Desvio-Padrão: 3,747

A primeira parte da escala Identidade apresenta um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,82, considerando-se um valor aceitável do ponto de vista estatístico. Uma vez que o estudo original não apresenta valores de Alpha para esta escala, não é possível realizar comparações. Todos os itens estão correlacionados entre si com valores situados entre 0,25 e 0,60, sugerindo uma boa homogeneidade da subescala. Contudo, pode-se destacar o item 1 (“*Problemas de Peso*”) e o item 11 (“*Problemas de Coração*”) como os menos correlacionados com os restantes itens (0,25 e 0,27, respectivamente).

Tabela 11 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”, Escala Identidade – Parte B “*Pensa que esta mudança está APENAS relacionada com o facto de envelhecer?*” (17 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1.	2,08	14,691	0,348	0,932
2.	2,13	14,726	0,421	0,930
3.	2,09	13,892	0,699	0,924
4.	2,03	13,597	0,650	0,926
5.	2,06	13,663	0,678	0,925
6.	2,05	13,419	0,760	0,922
7.	1,99	13,151	0,763	0,922
8.	2,01	13,233	0,762	0,922
9.	2,09	14,098	0,625	0,926
10.	2,02	13,553	0,687	0,924
11.	2,11	14,209	0,618	0,926
12.	2,12	14,149	0,686	0,925
13.	2,04	13,646	0,684	0,924
14.	2,14	14,446	0,609	0,927
15.	2,13	14,316	0,651	0,926
16.	2,11	14,214	0,629	0,926
17.	2,11	14,264	0,605	0,926

Alfa de Cronbach: 0,930

Média: 2,21

Variância: 15,687

Desvio-Padrão: 3,961

A outra parte da escala Identidade apresenta um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,93, considerando-se um valor muito aceitável do ponto de vista estatístico. Mais uma vez, o estudo original não apresenta valores de Alpha para esta escala, logo não é possível realizar comparações. Todos os itens estão correlacionados entre si com valores situados entre 0,35 e 0,76, sugerindo uma boa homogeneidade da subescala. Contudo, pode-se destacar o item 1 (“*Problemas de Peso*”) como sendo aquele que está menos correlacionado com os restantes itens (0,35).

Resumindo, os Alphas de Cronbach do *Questionário das Percepções de Envelhecimento* obtidos nesta amostra são (Tabela 12):

Tabela 12 – Resultados da avaliação da consistência interna da “*Questionário das Percepções de Envelhecimento*”, Escala Total e Subescalas (N = 200)

QPE (Escala e Subescalas)	Alfa (α) de Cronbach
Escala Total	0,86
Escala Identidade: (“ <i>Experienciou esta mudança?</i> ”)	0,82
Escala Identidade: “ <i>Pensa que esta mudança está APENAS relacionada com o facto de envelhecer?</i> ”)	0,93
Duração Crónica	0,65
Duração Cíclica	0,84
Consequências Positivas	0,37
Consequências Negativas	0,81
Controlo Positivo	0,70
Controlo Negativo	0,74
Representações Emocionais	0,77

Por ser a primeira vez que o *Questionário das Percepções de Envelhecimento* está a ser aplicado, abaixo são apresentados, de forma detalhada, os itens que o compõem (Tabela 13).

Tabela 13 – Apresentação detalhada dos itens do *Questionário das Percepções de Envelhecimento* (49 Itens, na totalidade)

Opiniões Sobre Envelhecer (32 itens)
1. Tenho consciência de estar a envelhecer a cada momento.
2. Estou sempre consciente da minha idade.
3. Sempre me considereei velho (a).
4. Estou sempre consciente do facto de estar a envelhecer.
5. Sinto a minha idade em tudo o que faço.
6. À medida que envelheço fico mais sábio.
7. À medida que envelheço continuo a desenvolver-me como pessoa.

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

Experiência de Mudanças Relacionadas com a Saúde

(17 itens)

Experienciou esta Mudança?	Pensa que esta mudança está relacionada APENAS com facto de estar a envelhecer?
1. Problemas de peso	1. Problemas de peso
2. Problemas em dormir	2. Problemas em dormir
3. Hérnia discal	3. Hérnia discal
4. Dores nas articulações	4. Dores nas articulações
5. Não ter facilidade em movimentar-se	5. Não ter facilidade em movimentar-se
6. Perda do equilíbrio	6. Perda do equilíbrio

7. Perda de força	7. Perda de força
8. Abrandar o ritmo	8. Abrandar o ritmo
9. Câimbras	9. Câimbras
10. Problemas nos ossos ou nas articulações	10. Problemas nos ossos ou nas articulações
11. Problemas de coração	11. Problemas de coração
12. Problemas nos ouvidos ou em ouvir	12. Problemas nos ouvidos ou em ouvir
13. Alterações nos olhos e na visão	13. Alterações nos olhos e na visão
14. Problemas respiratórios	14. Problemas respiratórios
15. Problemas nos pés	15. Problemas nos pés
16. Depressão	16. Depressão
17. Ansiedade	17. Ansiedade

b) Validade

A validade de construto de todos os instrumentos utilizados garante em que extensão os construtos de interesse teórico para a investigação estão adequadamente operacionalizados (Hoyle, Harris & Judd, 2002).

Como tal, para todos os instrumentos utilizados neste estudo, mesmo os que já foram validados para a população portuguesa, foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, através da Análise das Componentes Principais, com rotação ortogonal pelo método Varimax ou Equamax, com definição prévia dos factores. Considera-se somente os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70.

Assim sendo, para o Questionário das Percepções de Envelhecimento foi efectuada uma Análise Factorial Exploratória, pelo método Varimax, com definição prévia de sete factores (Tabela 14).

Tabela 14 – Análise das Componentes Principais do “Questionário das Percepções de Envelhecimento” (N = 200; KMO = 0,698)

Itens	1	2	3	4	5	6	7
Representações	0,912						
Emocionais							
Controlo Negativo		0,919					
Duração Crónica			0,989				
Controlo Positivo				0,991			
Consequências Positivas					0,992		
Consequências Negativas		0,306				0,901	
Duração Cíclica	0,346						0,873
Variância Explicada (%)	38,31	17,75	14,14	11,63	8,87	5,00	4,31
Eigenvalues	2,68	1,24	0,99	0,81	0,62	0,35	0,30

Pela Análise das Componentes Principais confirmamos que, tal como no estudo original, são dadas sete dimensões com uma excelente carga factorial, ou seja, acima de 0,90. O factor 3 tem uma carga factorial muito boa, muito próxima do excelente. Verificamos, também, que os factores 6 e 7 saturam nos factores 1 e 2, contudo, não se trata de uma carga factorial relevante, estando até nos valores que não são aceitáveis do ponto de vista estatístico numa análise factorial (0,346 e 0,306, respectivamente) (Maroco, 2003). Assim, e à luz do estudo original, esta solução é muito próxima da solução factorial preconizada, mostrando que os participantes no estudo conseguiram diferenciar as várias dimensões através dos seus itens.

8.3. *Scale of Psychological Well-Being/Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (BEP)* (Ryff, 1989; versão portuguesa traduzida e adaptada por Novo, Silva & Peralta, 2003)

8.3.1. Versão Original

A escala original designa-se *Scale of Psychological Well-Being*, tendo sido construída por C. Ryff, em 1989. Neste estudo é utilizada a Versão Reduzida construída por Rosa Novo, Maria Eugénia Duarte Silva e Elizabeth Peralta, em 2003.

O modelo proposto por C. Ryff integra aspectos convergentes de alguns autores das áreas de investigação e clínica em saúde mental, psicologia do desenvolvimento e psicologia clínica e apresenta como conceito fundamental o Bem-Estar Psicológico. Este conceito é visto numa perspectiva multidimensional e composto por um conjunto de características de natureza cognitiva e afectiva, sendo consideradas seis dimensões: Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas, Objectivos na Vida e Aceitação de Si (Novo, 2003). A fim de operacionalizar essas dimensões teóricas, C. Ryff desenvolveu uma escala de auto-avaliação para cada uma das seis dimensões em questão e designou o conjunto das seis escalas de Escalas de Bem-Estar Psicológico (Ryff, 1989b).

Ryff construiu as seis escalas de Bem-Estar Psicológico como medidas independentes e autónomas. Entretanto, no caso de serem aplicadas em conjunto, elas são apresentadas como um inventário único de auto-avaliação que apresenta os itens de cada uma das escalas de forma alternada. Tais itens são afirmações descritivas com respostas do tipo *Likert* que variam de 1 a 6: 1 – ‘*Discordo Completamente*’; 2 – ‘*Discordo em Grande Parte*’; 3 – ‘*Discordo Parcialmente*’; 4 – ‘*Concordo Parcialmente*’; 5 – ‘*Concordo em Grande Parte*’ e 6 – ‘*Concordo Completamente*’. O resultado final obtido em cada escala corresponde ao nível de bem-estar no domínio avaliado (Novo, 2003).

Apesar de existirem várias formas de apresentação das Escalas de Bem-Estar Psicológico, a versão reduzida foi a utilizada na presente investigação. Cada escala é composta por três itens, sendo o conjunto das escalas composto por 18 itens (Ryff & Keyes, 1995). Por não ter tido acesso ao artigo original da validação da forma reduzida, optou-se por utilizar os valores obtidos no estudo de validação da escala

total feito por Rosa Novo (2003). Assim sendo, as escalas apresentam coeficientes de correlação com as escalas originais entre 0,70 e 0,89 (Novo, 2003).

A primeira dimensão, a Autonomia, considera, entre outros aspectos, a independência, auto-regulação do comportamento e a auto-determinação do indivíduo (Ryff, 1989a).

A segunda dimensão, o Domínio do Meio, é definida como um senso de maestria e de competência na gerência do ambiente, habilidade e criatividade de criar contextos adequados às necessidades pessoais e uso efectivo das oportunidades que o ambiente oferece (Ryff, 1989a).

A terceira dimensão, o Crescimento Pessoal, refere-se à importância de um sentimento de contínuo desenvolvimento do indivíduo, a sua abertura para novas experiências, a percepção do seu potencial e da melhoria do seu *self* e do seu comportamento ao longo do tempo. Se as dimensões anteriores representam um objectivo para o desenvolvimento pleno, esta dimensão é fundamental porque enfatiza a necessidade de o indivíduo manter-se em desenvolvimento e crescimento. A capacidade de adaptar-se às contínuas mudanças do mundo requer a competência pessoal de mudar constantemente (Ryff, 1989a).

A quarta dimensão, as Relações Positivas, enfatiza o interesse e a preocupação com a esfera interpessoal, a percepção de capacidades para estabelecer relações satisfatórias e a preocupação com o bem-estar dos outros (Ryff, 1989a).

A quinta dimensão, os Objectivos na Vida, traduz o reconhecimento de aspirações e metas a alcançar, e a convicção de que tais metas direccionam o comportamento e dão um sentido à vida (Ryff, 1989a).

Finalmente, a sexta dimensão, a Aceitação de Si, refere-se às atitudes positivas do indivíduo em relação a si próprio, ao reconhecimento e aceitação dos múltiplos aspectos do *self* e ao sentimento positivo relativo à vida passada (Ryff, 1989a).

8.3.2. Características Psicométricas na População Portuguesa (versão portuguesa traduzida e adaptada por Novo, Silva & Peralta, 2003)

Mais uma vez, nesta situação, voltou-se a utilizar os dados obtidos por Rosa Novo (2003) no estudo de validação da escala total, pois não foi possível ter acesso ao artigo original da validação da forma reduzida.

Desta forma, em Portugal, a Escala de Bem-Estar Psicológico foi adaptada através de um estudo com 346 participantes de ambos os sexos e com idades compreendidas entre 18 e 78 anos. Para avaliar a consistência temporal, as investigadoras utilizaram uma amostra de 30 participantes (estudantes do ensino superior de ambos os sexos com idades entre 18 e 27 anos) da amostra total sendo a aplicação do instrumento realizada com um intervalo de três meses. A consistência interna foi adequada com os resultados dos coeficientes de Alfa de Cronbach entre 0,70 e 0,89, para as seis escalas, e 0,93 para o conjunto das escalas (Novo, 2003).

8.3.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Embora já existam estudos de fiabilidade e validação em amostra portuguesas, realizou-se novamente um estudo das características psicométricas, tendo em vista o desenvolvimento de alguns dados de referência para estudos futuros e comparação com estudos já existentes.

a) Fiabilidade

Para se verificar a fiabilidade na amostra em estudo calculou-se o coeficiente Alfa de Cronbach (consistência interna) para a escala total e para as subescalas - Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas, Objectivos na Vida e Aceitação de Si. A Tabela 15 apresenta o alfa obtido na escala total, enquanto que a Tabela 16 apresenta os alfas obtidos nas subescalas.

Tabela 15 – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”, Escala Total (18 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1.	76,5688	103,895	0,388	0,740
2.	76,1437	114,212	0,038	0,763
3.	76,8813	101,954	0,441	0,736
4.	76,4687	112,339	0,114	0,759
5.	76,0375	106,640	0,365	0,743
6.	76,6062	105,926	0,376	0,742
7.	76,1938	104,748	0,438	0,738
8.	76,3188	108,558	0,302	0,747
9.	77,0500	107,683	0,196	0,757
10.	76,3000	103,608	0,144	0,738
11.	76,6062	104,404	0,308	0,747
12.	77,3125	108,053	0,167	0,760
13.	77,0500	109,494	0,146	0,761
14.	76,8312	102,456	0,420	0,737
15.	76,7812	98,310	0,462	0,732
16.	77,3250	100,799	0,426	0,736
17.	76,3875	99,321	0,455	0,733
18.	76,4750	98,981	0,516	0,728

Alfa de Cronbach: 0,755

Média: 81,1375

Variância: 116,132

Desvio-Padrão: 10,776

A globalidade da *Escala de Bem-Estar Psicológico* apresenta um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,76, considerando-se um valor aceitável do ponto de vista estatístico. Contudo, no estudo original o valor de consistência interna é de 0,93, um valor mais forte do ponto de vista psicométrico. Analisando-se as correlações entre os itens, elas variam entre 0,04 e 0,52. Os itens 2 (“*Sinto-me, frequentemente, esmagado(a) pelo peso das responsabilidades.*”); 4 (“*Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.*”); 9 (“*Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.*”); 10 (“*Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.*”); 12 (“*Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.*”); e 13

(“Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.”) são aqueles que apresentam correlações < 0,20. Estes itens não foram retirados do estudo porque não afectam de forma significativa a homogeneidade da escala. Todavia, o item menos correlacionado com os outros é o item 2 (0,04), podendo-se equacionar o facto de ele poder ser eliminado em estudos futuros.

Tabela 16 – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”, Subescalas (N = 200)

BEP (Subescalas)	Alfa (α) de Cronbach
Autonomia (3 itens)	0,33
Domínio do Meio (3 itens)	0,43
Crescimento Pessoal (3 itens)	0,36
Relações Positivas (3 itens)	0,35
Objectivos na Vida (3 itens)	0,50
Aceitação de Si (3 itens)	0,58

As subescalas da *Escala de Bem-Estar Psicológico*, neste estudo, apresentam valores de Alfa de Cronbach abaixo daquilo que é considerado estatisticamente aceite. Os valores situam-se entre 0,33 e 0,58, ao contrário dos valores obtidos no estudo de validação já realizado para a população portuguesa (valores entre 0,70 e 0,89).

As correlações entre os itens também variam muito de subescala para subescala. Na subescala Autonomia verifica-se que todos os itens têm correlações muito < 0,20 (item 13 “Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.”, com um valor de - 0,003); na subescala Domínio do Meio todos os itens correlacionam-se acima dos 0,20, contudo, não se afastam muito deste valor, à excepção do item 14 (“Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.”) que tem uma correlação com os outros itens de 0,33; a subescala Crescimento Pessoal apresenta correlações entre 0,08 e 0,34, sendo 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.”) a apresentar a correlação mais baixa; a subescala Relações Positivas apresenta valores de correlação entre - 0,03 e 0,28, sendo o item 7 (“Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.”) aquele que apresenta a correlação com sinal negativo; na subescala Objectivos na Vida, os valores da correlação estão entre 0,31 e 0,33;

finalmente, a subescala Aceitação de Si apresenta valores de correlação entre 0,20 e 0,53 (é o item 12 “Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade”.) que se encontra no limiar do que é aceitável do ponto de vista psicométrico.

b) Validade

Apesar de já ter sido validada para a população portuguesa, decidiu-se confirmar a validade de construto da escala na amostra em estudo. E, para isso, foi realizada a Análise das Componentes Principais, com rotação ortogonal pelo método Varimax, com definição prévia de seis factores. Tal como na anterior, considerou-se somente os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 17).

Tabela 17 – Análise das Componentes Principais da “Escala de Bem-Estar Psicológico” (N = 200; KMO = 0,750)

Itens	1	2	3	4	5	6
Autonomia	0,967					
Domínio do Meio		0,951				
Objectivos de Vida			0,941			
Relações com os Outros				0,949		
Crescimento Pessoal					0,957	
Aceitação de Si						0,919
Variância Explicada (%)	43,77	16,19	12,93	11,73	7,94	7,45
Eigenvalues	2,63	0,97	0,78	0,70	0,48	0,45

Através da Análise das Componentes Principais confirmamos que a *Escala de Bem-Estar Psicológico*, nesta amostra, tal como na amostra do estudo de validação, apresenta seis dimensões. Nenhuma delas satura fora do seu factor e todas exibem uma excelente carga factorial (> 0,90).

8.4. *The Hospital Anxiety and Depression Scale/Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa traduzida e adaptada por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2006)

8.4.1. Versão Original

The Hospital Anxiety and Depression Scale é o nome original da escala. Foi desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983. É traduzida e adaptada para a população portuguesa, em 2006, por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar.

Trata-se de uma escala de auto-avaliação, desenvolvida com o objectivo de ajudar os clínicos a reconhecer componentes emocionais, como a depressão e a ansiedade, das doenças físicas. A escala está validada para os cuidados primários e para os contextos comunitários, mas é também usada na psiquiatria, em geral, e pelos psicólogos.

É composta por duas subescalas, uma de ansiedade e outra de depressão, cada uma delas com 7 itens, cotadas em separado. Para cada item há quatro possíveis respostas, cotadas de 0 a 3, em que o valor 0 reflecte menor gravidade e o 3 reflecte maior gravidade. No total, as pontuações quer para a ansiedade, quer para a depressão variam entre 0 e 21. As pontuações globais indicam a presença ou ausência de problemas: valores entre 0 e 7 indicam “*normalidade*”, entre 8 e 10 “*ligeiro*”, entre 11 e 14 “*moderado*” e entre 15 e 21 “*severo*”.

Na amostra original utilizada por Zigmond e Snaith (1983), a faixa etária estava compreendida entre os 16 e os 65 anos. Contudo, White, Leach, Sims, Atkinson e Cottrell, em 1999, mostraram que as propriedades psicométricas do HADS podem também ser alargadas à faixa etária dos adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos.

8.4.2. Características Psicométricas na População Portuguesa (versão portuguesa traduzida e adaptada por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2006)

A versão portuguesa foi aplicada a uma amostra de doentes com diagnóstico de cancro, AVC, epilepsia, doença coronária, apneia, depressão e a um grupo de controlo, sem qualquer tipo de doença diagnosticada. No total participaram 1322 indivíduos, com uma média de idades de 49,35 anos, sendo que 60% da amostra era do sexo feminino.

Relativamente à fiabilidade, os valores de Alfa de Cronbach identificaram uma boa consistência interna em ambas as escalas. Para a ansiedade, o alfa encontrado foi de 0,76, enquanto que para a depressão, o alfa encontrado foi de 0,81.

Isto vem mostrar que a versão portuguesa do HADS é um instrumento válido para avaliar a ansiedade e a depressão em contextos médicos, pois apresenta propriedades psicométricas similares a estudos realizados noutros países.

8.4.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Realizou-se um estudo das características psicométricas, de forma a desenvolver alguns dados de referência para estudos futuros e para se poder comparar com estudos que possam já existir.

a) Fiabilidade

Calculou-se o coeficiente Alfa de Cronbach (consistência interna) para a escala total e para as subescalas – Ansiedade e Depressão. A Tabela 18 apresenta o alfa obtido na escala total, enquanto que a Tabela 19 apresenta os alfas obtidos nas subescalas.

Tabela 18 – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar”, Escala Total (14 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1.	12,69	27,119	0,607	0,754
2.	13,53	29,194	0,403	0,771
3.	13,06	25,897	0,568	0,753
4.	13,51	27,849	0,509	0,762
5.	12,36	25,893	0,559	0,754
6.	13,33	26,877	0,556	0,756
7.	12,81	27,109	0,494	0,762
8.	13,16	29,869	0,253	0,782
9.	13,24	28,311	0,487	0,765
10.	11,54	33,533	- 0,226	0,814
11.	12,68	28,432	0,298	0,781
12.	13,27	29,015	0,288	0,781
13.	13,27	27,819	0,432	0,768
14.	13,40	28,732	0,358	0,774

Alfa de Cronbach: 0,784

Média: 14,00

Variância: 32,239

Desvio-Padrão: 5,678

A globalidade da *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* apresenta um Alfa de Cronbach de 0,78 nesta amostra. O estudo original onde foi realizada a validação para a população portuguesa não apresenta o α da escala total. Contudo, o valor de consistência interna obtido nesta amostra evidencia boas características psicométricas da escala. Relativamente às correlações entre os itens, os valores situam-se entre - 0,23 e 0,61. O item 10 (“*Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico*”) é aquele que apresenta a correlação com sinal negativo.

Tabela 19 – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar”, Subescalas (N = 200)

HADS (Subescalas)	Alfa (α) de Cronbach
Ansiedade (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13)	0,76
Depressão (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14)	0,51

Os valores de Alfa de Cronbach apresentados pelas subescalas Ansiedade e Depressão são, respectivamente, 0,76 e 0,51. A subescala Depressão tem um valor de Alfa abaixo do valor considerado estatisticamente aceite. Comparados com os valores do estudo original (Ansiedade – $\alpha = 0,76$; Depressão - $\alpha = 0,81$), é na subescala Depressão que o valor de consistência interna mais difere, sendo mais baixo na amostra em estudo.

As correlações entre os itens da subescala Ansiedade variam entre 0,35 e 0,62; quanto à subescala Depressão, os valores das correlações situam-se entre - 0,27 e 0,47. É o item 10 (“Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico”) que apresenta a correlação com sinal negativo (- 0,27), tal como aconteceu na avaliação da consistência interna da Escala Total.

b) Validade

Mais uma vez, e tal como tem vindo a ser feito, decidiu-se verificar a validade de construto da escala na amostra em estudo. Realizou-se a Análise das Componentes Principais, com rotação ortogonal, pelo método Varimax, com definição prévia de dois factores. São apenas considerados os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 20).

Tabela 20 – Análise das Componentes Principais da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar” (N = 200; KMO = 0,500)

Itens	1	2
Ansiedade	0,954	0,300
Depressão	0,300	0,954
Variância Explicada (%)	78,62	21,38
Eigenvalues	1,57	0,43

A Análise das Componentes Principais mostra que a *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*, nesta amostra, tal como na amostra do estudo de validação apresenta duas dimensões. Contudo, ambas têm itens que saturam nas duas dimensões, embora tenham uma carga factorial que não é aceite estatisticamente (< 0, 50) (0, 300). Contudo, quer a dimensão Ansiedade, quer a dimensão Depressão exibem uma excelente carga factorial (> 0,90).

**8.5. SF-36 Health Survey/Questionário de Estado de Saúde – 11 itens (v2)
(Ware, Snow, Kosinsky & Gandek, 1993; versão portuguesa traduzida e adaptada por Pais-Ribeiro, Ferreira, Ferreira & Santana, 2003)**

8.5.1. Versão Original

O nome original do questionário é *MOS SF-36 Health Survey*, de Ware, Snow, Kosinsky e Gandek (1993). Foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Ferreira, Ferreira e Santana, em 2003.

Este instrumento permite medir oito dimensões principais em saúde, todas elas através de vários itens. Essas dimensões são:

- Escala de Função Física (FF), que se destina a medir o impacto na qualidade de vida das limitações físicas, sejam elas situações como tomar banho ou vestir-se sozinho, praticar desportos mais exigentes fisicamente ou mesmo carregar os sacos das compras, ajoelhar-se ou andar uma determinada distância.
- Escalas de Desempenho, que medem o impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos (DF) ou a problemas emocionais (DE), ao tipo e à quantidade do trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho ou à dificuldade em o realizar.
- Escalas para a Dor (DR), que representam não apenas a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também de que modo é que esta interfere com o trabalho normal.
- Escala da Saúde em Geral (SG), que mede a percepção holística da saúde, englobando a saúde actual, a resistência à doença e o aspecto saudável.
- Escala de Vitalidade (VT), que inclui os níveis de energia e de fadiga.
- Escala de Função Social (FS), que capta a quantidade e qualidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas actividades.
- Escala de Saúde Mental (SM), que inclui os conceitos de ansiedade, depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico.

Esta presente versão do *SF-36* distingue-se da versão anterior, essencialmente nas escalas utilizadas nas perguntas 4, 5, e 9. O questionário é composto por 11 questões, contudo, se se contabilizar as alíneas, ele apresenta 36 questões na sua

totalidade. As duas primeiras, inicialmente com alternativas dicotômicas de resposta, passam a ser medidas numa escala de 5 pontos; a última passou de uma escala de 6 para uma escala de 5 pontos.

8.5.2. Características Psicométricas na População Portuguesa (versão portuguesa traduzida e adaptada por Pais-Ribeiro, Ferreira, Ferreira & Santana, 2003)

A versão portuguesa foi aplicada a uma amostra continental composta por 2459 indivíduos adultos, em idade activa. Foi obtida através de entrevistas levadas a cabo em 822 unidades de alojamento de um universo inicial de 850 unidades de alojamento, seleccionadas aleatoriamente entre áreas urbanas e áreas rurais.

Relativamente à fiabilidade, a escala apresenta os seguintes Alfas de Cronbach: FF = 0,93; DF = 0,86; DR = 0,77; SG = 0,66; VT = 0,70; FS = 0,81; DE = 0,78; SM = 0,75. Todas as escalas apresentam valores de alfa que indicam excelentes características psicométricas, apesar da subescala Saúde em Geral ter um valor de alfa mais baixo.

8.5.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Como se desconhece a existência de estudos com este tipo de amostra, realizou-se o estudo das características psicométricas, de forma a desenvolver alguns dados de referência para estudos futuros.

a) Fiabilidade

Calculou-se o coeficiente Alfa de Cronbach (consistência interna) para a escala total e para as subescalas – Função Física, Desempenho Físico, Desempenho Emocional, Dor, Saúde em Geral, Vitalidade e Saúde Mental. A Tabela 21 apresenta o alfa obtido na escala total, enquanto que a Tabela 22 apresenta os alfas obtidos nas subescalas.

Tabela 21 – Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Estado de Saúde”, Escala Total (36 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1.	118,6276	318,569	0,286	0,921
2.	118,2414	313,420	0,595	0,919
3.	118,2690	312,281	0,613	0,919
4.	118,4000	309,408	0,645	0,918
5.	118,2483	311,618	0,641	0,918
6.	118,3724	313,305	0,510	0,919
7.	118,3034	312,018	0,653	0,918
8.	118,3241	311,012	0,610	0,918
9.	118,2621	311,667	0,621	0,919
10.	118,2345	315,181	0,440	0,920
11.	116,8552	301,944	0,586	0,918
12.	116,8828	300,049	0,624	0,917
13.	116,6621	301,961	0,659	0,917
14.	116,7172	298,718	0,713	0,916
15.	116,8276	298,338	0,695	0,916
16.	116,8552	298,083	0,647	0,917
17.	116,7172	299,204	0,676	0,917
18.	118,4621	350,098	- 0,533	0,935
19.	117,3862	303,864	0,561	0,918
20.	117,0483	296,755	0,694	0,916
21.	117,0207	296,743	0,690	0,916
22.	117,5034	297,530	0,661	0,917
23.	117,6621	297,698	0,628	0,917
24.	116,8552	300,722	0,619	0,917
25.	117,0552	303,941	0,552	0,918
26.	117,7103	304,943	0,520	0,919
27.	118,0207	306,215	0,549	0,918
28.	117,9793	318,534	0,280	0,921
29.	116,9586	305,373	0,571	0,918
30.	117,5241	306,668	0,521	0,919
31.	117,4897	305,543	0,479	0,919
32.	117,6483	300,674	0,644	0,917

33.	117,2000	315,006	0,266	0,922
34.	117,4759	310,723	0,358	0,921
35.	117,5103	308,002	0,489	0,919
36.	118,9655	349,089	- 0,634	0,932

Alfa de Cronbach: 0,921

Média: 120,9793

Variância: 325,645

Desvio-Padrão: 18,04565

A globalidade do *Questionário de Estado de Saúde* apresenta um Alfa de Cronbach de 0,91 nesta amostra. O estudo original não apresenta o valor de α da escala total. Contudo, o valor de consistência interna obtido nesta amostra evidencia boas características psicométricas do questionário. Quanto às correlações entre os itens, os valores situam-se entre - 0,63 e 0,71. Os itens 18 (*“Durante as última 4 semanas teve dores?”*) e 36 (*“Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal?”*) são aqueles que apresentam uma correlação mais baixa. Contudo, não foram retirados do estudo, devido ao facto de não afectarem a homogeneidade da escala.

Tabela 22 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário do Estado de Saúde*”, Subescalas (N = 200)

ES (Subescalas)	Alfa (α) de Cronbach
Função Física (10 itens)	0,92
Função Social (2 itens)	0,69
Desempenho Físico (4 itens)	0,87
Desempenho Emocional (3 itens)	0,86
Dor (2 itens)	0,87
Saúde em Geral (6 itens)	0,76
Vitalidade (4 itens)	0,78
Saúde Mental (5 itens)	0,80

Os valores de Alfa de Cronbach apresentados pelas subescalas Função Física, Desempenho Físico, Desempenho Emocional, Dor, Saúde em Geral, Vitalidade e

Saúde Mental são, respectivamente, 0,92, 0,69, 0,87, 0,86, 0,87, 0,76, 0,78 e 0,80. Quando comparado com os valores de consistência interna do estudo de validação, de uma forma geral, pode-se concluir que os valores estão relativamente próximos uns dos outros. Contudo, é de salientar o facto de, nesta amostra, o valor de α ser mais baixo na subescala Desempenho Físico e mais elevado nas subescalas Dor e Saúde em Geral. De qualquer, todos os valores de Alpha obtidos mostram que, do ponto de vista psicométrico, a escala é aceitável.

Quanto às correlações, na subescala Função Física, estas variam entre 0,34 e 0,89; na subescala Desempenho Físico, os valores variam entre 0,59 e 0,80; na subescala Dor, o valor dos itens é o mesmo (0,78); na subescala Saúde em Geral, as correlações variam entre 0,38 e 0,65; a subescala Vitalidade apresenta valores de correlação entre 0,52 e 0,70; na subescala Função Social, o valor é mesmo para ambos os itens (0,53); na subescala Desempenho Emocional, os valores da correlação variam entre 0,69 e 0,78; na última subescala, Saúde Mental, as correlações variam entre 0,40 e 0,69. Todos estes valores vêm sugerir que as subescalas que compõem a escala possuem uma boa homogeneidade.

b) Validade

Para se analisar a validade de construto do questionário na amostra em estudo, procedeu-se à realização da Análise das Componentes Principais, com rotação ortogonal, pelo método Varimax, com definição prévia de oito factores. São apenas considerados os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 23).

Tabela 23 – Análise das Componentes Principais da “*Questionário de Estado de Saúde*” (N = 200; KMO = 0,878)

Itens	1	2	3	4	5	6	7	8
Saúde Mental	0,871							
Dor		0,899						
Função Física			0,903					
Saúde em Geral				0,885				
Função Social					0,878			
Desempenho Físico						0,835	0,327	
Desempenho Emocional						0,362	0,810	
Vitalidade	0,368							0,733
Var. Explicada (%)	59,47	9,64	8,34	6,51	5,75	4,85	3,08	2,36
Eigenvalues	4,76	0,77	0,67	0,52	0,46	0,39	0,25	0,19

A Análise das Componentes Principais, nesta amostra, apresenta, tal como no estudo de validação, oito dimensões. Todas as dimensões têm uma carga factorial entre 0,70 e 0,90, sugerindo que a análise factorial, do ponto de vista estatístico, se encontra entre valores médios a valores excelentes. Contudo, as dimensões 6, 7 e 8, além de saturarem nos seus factores, saturam também noutros factores (factores 1, 6 e 7), embora tenham uma carga factorial que não é aceite estatisticamente (< 0, 50) (0, 368, 0,362 e 0,327, respectivamente).

8.6. Social Provisions Scale/Escala de Provisões Sociais (EPS) (Cutrona & Russell, 1987; versão portuguesa traduzida e adaptada por Moreira & Canaipa, 2007)

8.6.1. Versão Original

A Escala de Provisões Sociais (EPS) baseia-se num modelo teórico que postula que o apoio social actua pelo fornecimento de um conjunto de recursos que os indivíduos necessitam quando se confrontam com situações de stress, tais como o Aconselhamento, a Aliança Fiável, a Vinculação, a Integração Social, a Reafirmação de Valor e a Oportunidade de Prestação de Cuidados. A escala permite avaliar estas provisões em separado, bem como o apoio percebido em termos globais, e ainda duas dimensões intermediárias de Apoio Íntimo e Apoio Casual.

A “*Social Provisions Scale*” foi desenvolvida por Cutrona e Russell (1987), tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Moreira e Canaipa (2007). Tem como objectivo operacionalizar a concepção multidimensional do apoio social percebido.

Os autores definiram as dimensões que constituem a escala da seguinte forma:

- Aconselhamento (AC), que se refere ao apoio recebido de uma pessoa de confiança que fornece orientação, ajuda na ponderação da situação e apoio emocional. Esta provisão revela-se importante quando o indivíduo se confronta com situações cuja resolução pode ainda ter um papel activo e, através de aconselhamento, pode obter informações que o ajudem a planear a sua acção.
- Aliança Fiável (AF), relacionada com a sensação de uma relação forte e segura, que permite contar com a ajuda disponível, independentemente das circunstâncias. Este tipo de provisão é fornecido sobretudo no contexto de relações especialmente sólidas e duradouras, como as familiares, e menos no contexto de amizades mais casuais.
- Vinculação (V), que ocorre nas relações mais próximas, onde existe grande intimidade e um sentimento de partilha e segurança emocional.

Estas três provisões constituem componentes essenciais do conceito de “*apoio emocional*”. Este tem um importante peso em praticamente todas as medidas de apoio

social e refere-se ao sentimento global de que se é amado, aceite e apoiado por pessoas emocionalmente próximas (Sarason, Shearin, Pierce & Sarason, 1987).

- **Integração Social (IS)**, que se reflecte na oportunidade para partilhar interesses e actividades sociais. Esta provisão revela-se mais importante quando ocorrem alterações nas redes e papéis sociais e o indivíduo tenta integrar-se num novo grupo de pessoas.
- **Reafirmação de Valor (RV)**, que permite obter dos outros uma valorização das nossas qualidades, aquisições e competências. É especialmente importante quando o indivíduo se confronta com acontecimentos controláveis, em que a sua acção pode determinar uma boa adaptação e, eventualmente, a resolução da situação.
- **Oportunidade de Prestação de Cuidados (OPC)**, que diz respeito à necessidade de fornecer apoio e cuidados. A pessoa sente um compromisso e um papel importante na promoção do bem-estar e dos outros. Esta necessidade é frequentemente satisfeita nas relações com as crianças, nomeadamente com os filhos, embora possa também manifestar-se noutros contextos.

Inicialmente, os autores tinham proposto uma escala com 12 afirmações, onde eram operacionalizadas as seis provisões sociais, de modo a que cada uma das provisões estivesse representada por duas afirmações, uma no sentido positivo e outra no sentido negativo.

Posteriormente, realizaram uma revisão da escala e foram acrescentadas mais 12 afirmações, tendo como objectivo aumentar o nível de precisão de resultados. Assim, existem quatro afirmações para cada uma das provisões sociais e a pessoa avalia o seu grau de concordância com essas afirmações numa escala de quatro pontos: 1 – *'Discordo Fortemente'*; 2 – *'Discordo'*; 3 – *'Concordo'*; 4 – *'Concordo Fortemente'* (Cutrona & Russell, 1987).

8.6.2. Características Psicométricas na População Portuguesa (versão portuguesa traduzida e adaptada por Moreira & Canaipa, 2007)

Foram realizados três estudos na população portuguesa para a validação da EPS. O primeiro estudo teve como finalidade analisar a estrutura factorial do questionário e avaliar a relação existente entre esta medida de apoio social e uma medida de vinculação – Questionário de Estilos Relacionais (QER). Foram ainda analisadas as implicações do apoio social percebido em termos de perturbação psicológica, através do *Brief Symptom Inventory* (BSI). Participaram 182 estudantes universitários de Psicologia e de Ciências de Educação (151 mulheres e 29 homens, sendo que dois deles omitiram a informação relativa ao sexo), com idades compreendidas entre os 18 e os 48 anos. Os Alfas de Cronbach neste primeiro estudo para as seis dimensões variaram entre os 0,53 e os 0,79. A escala total obteve um valor Alfa de Cronbach de 0,88.

O segundo estudo teve como objectivo obter dados de reteste em relação à EPS e dados de validade concorrente, relacionando a EPS com outra medida de apoio social. Além disso, estudou-se a relação entre os resultados deste instrumento e os de uma medida de estado emocional que não se limitasse a avaliar sintomas de perturbação psicológica. A amostra deste estudo foi composta por 74 estudantes do 3º ano de Licenciatura da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, em relação aos quais não foi obtida informação demográfica. Os Alfas de Cronbach deste segundo estudo para as seis dimensões variaram entre 0,54 e 0,74. A escala total obteve um valor Alfa de Cronbach de 0,89.

O terceiro estudo teve como finalidade estender a rede de construtos cujas correlações com a EPS foram examinadas, alargando assim a base empírica da sua validade de construto e preenchendo algumas lacunas a esse respeito, nomeadamente a do grau em que as respostas à EPS reflectem a desejabilidade social. Neste terceiro estudo participaram 130 estudantes de Enfermagem e de Fisioterapia de uma escola da região de Lisboa. Desta amostra, 110 eram mulheres e 20 eram homens, com idades que variavam entre os 18 e os 47 anos. Os Alfas de Cronbach deste segundo estudo para as seis dimensões variaram entre 0,66 e 0,76. A escala total obteve um valor Alfa de Cronbach de 0,91.

Daqui conclui-se que a EPS demonstra boas qualidades psicométricas, quando comparada com outras escalas de apoio social. Além disso, tem a vantagem de

proporcionar uma avaliação multidimensional do construto de apoio social, embora se situe claramente no domínio do apoio social percebido.

8.6.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Mais uma vez, o desconhecimento de investigações com este tipo de amostra, levou à realização do estudo das características psicométricas, de forma a desenvolver alguns dados de referência para estudos futuros.

a) Fiabilidade

Calculou-se o coeficiente Alfa de Cronbach (consistência interna) para a escala total e para as subescalas – Aconselhamento, a Aliança Fiável, a Vinculação, a Integração Social, a Reafirmação de Valor e a Oportunidade de Prestação de Cuidados. A Tabela 24 apresenta o alfa obtido na escala total, enquanto que a Tabela 25 apresenta os alfas obtidos nas subescalas.

Tabela 24 – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Escala Total (24 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1.	73,7875	91,099	0,526	0,908
2.	73,7187	93,034	0,396	0,910
3.	73,9187	91,459	0,504	0,908
4.	73,8938	94,322	0,243	0,914
5.	74,1250	92,475	0,447	0,909
6.	73,8188	92,753	0,494	0,909
7.	73,8625	87,981	0,670	0,905
8.	73,9000	92,191	0,516	0,908
9.	73,6812	89,464	0,668	0,905
10.	73,7875	90,055	0,619	0,906

11.	73,9375	93,053	0,455	0,909
12.	73,6875	90,141	0,633	0,906
13.	73,9125	89,955	0,524	0,908
14.	73,9687	87,867	0,610	0,906
15.	74,1812	91,910	0,386	0,911
16.	74,3625	93,641	0,276	0,913
17.	73,9625	88,753	0,539	0,908
18.	74,0562	86,770	0,654	0,905
19.	73,7437	89,852	0,599	0,906
20.	73,7437	88,846	0,678	0,905
21.	73,8250	89,290	0,654	0,905
22.	74,1250	90,814	0,436	0,910
23.	73,9125	90,156	0,617	0,906
24.	73,8188	90,879	0,505	0,908

Alfa de Cronbach: 0,911

Média: 77,1187

Variância: 98,382

Desvio-Padrão: 9,91877

A *Escala de Provisões Sociais* apresenta um Alfa de Cronbach de 0,91 nesta amostra. No estudo de validação, os autores realizaram três estudos de forma a testarem a consistência interna da escala. Os alfas desses três estudos são, respectivamente, 0,88, 0,89 e 0,91. Como é possível verificar, o valor obtido nesta amostra está de acordo com o terceiro estudo realizado por Moreira e Canaipa (2007), e muito próximo dos outros dois estudos anteriores. Relativamente às correlações entre os itens, os valores situam-se entre 0,24 e 0,68, sendo possível afirmar que estamos perante uma escala homogénea.

Tabela 25 – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Subescalas (N = 200)

EPS (Subescalas)	Alfa (α) de Cronbach
Aconselhamento (4 itens)	0,73
Aliança Fiável (4 itens)	0,79
Vinculação (4 itens)	0,60
Integração Social (4 itens)	0,59
Reafirmação de Valor (4 itens)	0,59
Oportunidade de Prestação de Cuidados (4 itens)	0,57

Os valores de Alfa de Cronbach apresentados pelas subescalas da *Escala de Provisões Sociais* são, respectivamente, 0,73, 0,79, 0,60, 0,59, 0,59 e 0,57. Uma vez comparados com os valores de consistência interna do estudo de validação, na generalidade, pode-se concluir que os valores estão relativamente próximos uns dos outros, mostrando que, do ponto de vista psicométrico, a escala é aceitável.

No que respeita às correlações, na subescala Aconselhamento, estas variam entre 0,43 e 0,56; na subescala Aliança Fiável, os valores variam entre 0,51 e 0,64; na subescala Vinculação, os valores encontram-se entre 0,31 e 0,44; na subescala Integração Social, as correlações variam entre 0,19 e 0,55; a subescala Reafirmação de Valor apresenta valores de correlação entre 0,22 e 0,49; na subescala Oportunidade de Prestação de Cuidados, os valores variam entre 0,32 e 0,42. Desta forma, destaca-se apenas o item 9 (“*Não penso que as outras pessoas respeitem as minhas competências e capacidades.*”) como aquele que tem uma correlação < 0,20. Contudo, não foi retirado do estudo, uma vez que não afecta a homogeneidade da subescala, em particular, e da escala em geral.

b) Validade

Embora já tenha sido validada para a população portuguesa, procede-se à realização da Análise das Componentes Principais, para a amostra em estudo, com rotação ortogonal, pelo método Varimax, com definição prévia de seis factores. São apenas considerados os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 26).

Tabela 26 – Análise das Componentes Principais da “Escala de Provisões Sociais” (N = 200; KMO = 0,880)

Itens	1	2	3	4	5	6
Oportunidade de Prestação de Cuidados	0,909					
Integração Social		0,904				
Vinculação			0,852			
Aconselhamento				0,839		
Reafirmação de Valor	0,322				0,839	
Aliança Fiável			0,340	0,365		0,749
Variância Explicada (%)	66,84	10,60	8,06	5,79	5,33	3,38
Eigenvalues	4,01	0,64	0,48	0,35	0,32	0,20

A Análise das Componentes Principais da *Escala de Provisões Sociais*, neste estudo, apresenta, tal como no estudo de validação, seis dimensões. Todas as dimensões têm uma carga factorial entre 0,74 e 0,91, sugerindo que a análise factorial, do ponto de vista estatístico, se encontra entre valores médios a valores excelentes. Contudo, as dimensões 5 e 6, além de saturarem nos seus factores, saturam também noutros factores (factores 1, 3 e 4), embora tenham uma carga factorial que não é aceite estatisticamente ($< 0,50$) (0,322, 0,340 e 0,365, respectivamente).

8.7. *Brief Symptom Inventory/Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)*
(Derogatis, 1982; versão portuguesa traduzida e adaptada por Canavarro, 1995)

8.7.1. Versão Original

O título da versão original é o *Brief Symptom Inventory*, de Derogatis, construído em 1982. Foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Cristina Canavarro, em 1995.

Pode ser aplicado a doentes de foro psiquiátrico ou psicológico, a quaisquer outros doentes e a indivíduos da população em geral, desde que não se encontrem emocionalmente perturbados.

Este inventário avalia sintomas psicopatológicos mediante nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais. Derogatis, em 1982, descreve as nove dimensões primárias da seguinte forma:

- Somatização - esta dimensão reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático. Os indivíduos focam as suas queixas nos sistemas cardiovasculares, gastrointestinal, respiratório. Inclui os itens 2, 7, 23, 30, 33, 37.
- Obsessões-Compulsões - os sintomas são identificados com a síndrome clínica do mesmo nome. Esta é uma dimensão que inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir. Inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32, e 36.
- Sensibilidade Interpessoal - centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade quando comparado com as outras pessoas. Auto-depreciação, hesitação, desconforto e timidez, durante as interacções sociais, são as manifestações mais características desta dimensão. Inclui os itens 20, 21, 22 e 42.
- Depressão - representada nos sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e interesse pela vida. Inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50.
- Ansiedade - indicadores como o nervosismo, a tensão, sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico fazem parte desta dimensão. Inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49.

- Hostilidade - estão presentes os pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera. Inclui os itens 6, 13, 40, 41, e 46.
- Ansiedade Fóbica - trata-se de resposta de medo persistente, que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47.
- Ideação Paranóide - esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos como os reflexos desta perturbação. Inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51.
- Psicoticismo - abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia, como alucinações e controlo de pensamento. Inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53.

Os itens 11, 25, 39 e 53 não pertencem univocamente a nenhuma das dimensões descritas, mas dada a sua relevância clínica são considerados nas pontuações dos três Índices Globais.

O BSI foi desenvolvido numa tentativa de fazer face a uma limitação que o SCL-90-R apresenta - a sua extensão -, uma vez que é constituído por 90 itens, implicando a necessidade de um tempo de preenchimento maior. Assim, o BSI veio colmatar essa lacuna, já que é composto por apenas 53 itens. As correlações encontradas para as nove dimensões psicopatológicas entre o BSI e o SCL-90-R variam entre 0,31 e 0,72, permitindo concluir que para a população clínica estes dois instrumentos medem o mesmo construto (Derogatis, 1993).

Quanto à consistência interna do BSI relativamente às nove dimensões, os valores de alfa variam entre 0,71 (Psicoticismo) e 0,85 (Depressão) e a sua estrutura factorial, avaliada na população em geral e em população clínica, é indicadora da unidade e consistência subjacentes, do ponto de vista conceptual.

8.7.2. Características Psicométricas na População Portuguesa (versão portuguesa traduzida e adaptada por Canavarro, 1995)

A recolha da amostra processou-se em várias fases: primeiro passou-se a tradução do inventário a pessoas contactadas individualmente, cuja colaboração era voluntária. Posteriormente, reuniu-se a amostra em pequenos grupos, até se criar duas amostras distintas. A amostra 1, constituída por elementos da população em geral, no total 404 indivíduos (114 homens e 290 mulheres sendo, na maioria, pessoas casadas, com um grau de instrução correspondente ao Ensino Secundário) responderam que “*não sofriam de nervos*”. A amostra 2 foi constituída por indivíduos perturbados emocionalmente. Esses indivíduos, num total de 147 (56 homens e 91 mulheres, sendo a maioria solteira ou casada, com escolaridade obrigatória), recorreram aos Serviços da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, entre Janeiro de 1995 e Maio de 1996.

A validade foi testada através da análise de aspectos da consistência interna do BSI. Todos os valores de Alfa de Cronbach encontram-se entre 0,70 e 0,80, à excepção das escalas de Ansiedade Fóbica e de Psicoticismo, que apresentam valores ligeiramente abaixo do referido. Assim, as nove dimensões apresentam os seguintes Alfas de Cronbach: Somatização = 0,79; Obsessões-Compulsões = 0,77; Sensibilidade Interpessoal = 0,76; Depressão = 0,72; Ansiedade = 0,76; Hostilidade = 0,75; Ansiedade Fóbica = 0,62; Ideação Paranóide = 0,71; e, Psicoticismo = 0,62.

Foram também correlações de *Spearman* entre as nove dimensões de sintomatologia, constatando-se que a Somatização se encontra preponderantemente ligada à Ansiedade ($r = 0,54$); as Obsessões-Compulsões ao Psicoticismo ($r = 0,58$) e à Ansiedade ($r = 0,61$); a Sensibilidade Interpessoal correlaciona-se de modo elevado com o Psicoticismo ($r = 0,68$) e com a Depressão ($r = 0,64$); a Hostilidade encontra-se mais ligada à Sensibilidade Interpessoal ($r = 0,61$), ao Psicoticismo ($r = 0,61$) e à Ansiedade ($r = 0,61$); a Ansiedade Fóbica correlaciona-se com a Ansiedade ($r = 0,54$); a Ideação Paranóide com a Sensibilidade Interpessoal ($r = 0,61$); e o Psicoticismo liga-se, sobretudo, à Depressão ($r = 0,73$).

8.7.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Desconhecendo-se a existência de investigações com este tipo de amostra, optou-se pela realização do estudo das características psicométricas, de forma a desenvolver alguns dados de referência para estudos futuros.

a) Fiabilidade

Tal como se tem vindo a efectuar com os outros instrumentos de avaliação, calculou-se o coeficiente Alfa de Cronbach (consistência interna) para a escala total e para as subescalas – Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. A Tabela 27 apresenta o alfa obtido na escala total, enquanto que a Tabela 28 apresenta os alfas obtidos nas subescalas.

Tabela 27 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Escala Total (53 Itens) (N = 200)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1.	89,76	730,547	0,587	0,959
2.	90,88	741,174	0,499	0,959
3.	90,88	744,332	0,409	0,959
4.	90,71	737,919	0,477	0,959
5.	90,19	738,656	0,435	0,959
6.	89,72	727,977	0,485	0,959
7.	90,73	735,292	0,520	0,959
8.	91,01	745,755	0,408	0,959
9.	91,15	748,103	0,404	0,959
10.	89,89	729,748	0,499	0,959
11.	90,59	740,582	0,472	0,959
12.	90,77	734,380	0,626	0,958
13.	90,77	735,009	0,594	0,959
14.	90,59	726,130	0,632	0,958

15.	90,62	738,324	0,522	0,959
16.	90,52	726,641	0,652	0,958
17.	90,22	720,864	0,708	0,958
18.	90,69	731,134	0,643	0,958
19.	90,82	733,843	0,624	0,958
20.	90,49	729,975	0,618	0,958
21.	90,45	731,859	0,586	0,959
22.	90,90	742,958	0,485	0,959
23.	90,69	738,692	0,478	0,959
24.	90,37	728,624	0,580	0,959
25.	90,17	726,519	0,560	0,959
26.	90,17	728,758	0,626	0,958
27.	90,16	738,384	0,536	0,959
28.	91,03	750,269	0,318	0,960
29.	90,67	730,975	0,595	0,959
30.	90,65	730,631	0,583	0,959
31.	90,82	738,975	0,565	0,959
32.	90,81	728,950	0,715	0,958
33.	90,73	731,229	0,602	0,959
34.	90,79	741,011	0,459	0,959
35.	90,59	735,425	0,543	0,959
36.	90,27	728,890	0,646	0,958
37.	90,44	726,424	0,631	0,958
38.	90,52	727,811	0,647	0,958
39.	90,78	734,386	0,566	0,959
40.	90,81	737,185	0,524	0,959
41.	90,71	728,634	0,435	0,960
42.	90,63	740,989	0,490	0,959
43.	90,87	736,387	0,556	0,959
44.	90,81	740,971	0,493	0,959
45.	91,10	744,418	0,493	0,959
46.	90,74	739,789	0,463	0,959
47.	90,96	744,162	0,453	0,959
48.	90,16	727,936	0,596	0,959
49.	90,59	730,771	0,646	0,958
50.	90,84	738,741	0,486	0,959

51.	90,17	723,110	0,629	0,958
52.	90,72	740,138	0,543	0,959
53.	90,71	729,049	0,673	0,958

Alfa de Cronbach: 0,960

Média: 92,34

Variância: 762,642

Desvio-Padrão: 27,616

O *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* apresenta um Alfa de Cronbach de 0,96 nesta amostra. No estudo de validação, os autores não apresentam o valor de consistência interna da escala total. De qualquer forma, o valor obtido mostra que o inventário é bastante aceitável do ponto de vista psicométrico. Relativamente às correlações entre os itens, os valores situam-se entre 0,32 (item 28 “*Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro*”) e 0,72 (item 32 “*Sensação de vazio na cabeça*”), sendo possível afirmar que estamos perante uma escala homogénea.

Tabela 28 – Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Subescalas (N = 200)

BSI (Subescalas)	Alfa (α) de Cronbach
Somatização (5 itens)	0,81
Obsessões-Compulsões (6 itens)	0,78
Sensibilidade Interpessoal (4 itens)	0,68
Depressão (6 itens)	0,84
Ansiedade (6 itens)	0,77
Hostilidade (5 itens)	0,67
Ansiedade Fóbica (5 itens)	0,75
Ideação Paranóide (5 itens)	0,78
Psicoticismo (5 itens)	0,71

Os valores de Alfa de Cronbach apresentados pelas subescalas Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo são, respectivamente, 0,81, 0,78, 0,68, 0,84, 0,77, 0,67, 0,75, 0,78 e 0,71. Se se comparar

os valores de consistência interna deste estudo com os do estudo de validação, na generalidade, pode-se concluir que os valores estão relativamente próximos uns dos outros, sugerindo que a escala é aceitável do ponto de vista psicométrico. Contudo, pode-se salientar o facto das subescalas Sensibilidade Interpessoal e Hostilidade apresentarem valores de consistência interna mais baixos na presente amostra em estudo do que no estudo de validação; pelo contrário, as subescalas Depressão, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo apresentam valores de consistência interna mais elevados nesta amostra do que no estudo de validação.

Relativamente às correlações, a subescala Somatização apresenta valores que variam entre 0,50 e 0,70; na subescala Obsessões-Compulsões, as correlações variam entre 0,44 e 0,64; a subescala Sensibilidade Interpessoal tem valores que variam entre 0,36 e 0,57; a subescala Depressão apresenta valores que variam entre 0,43 e 0,67; a subescala Ansiedade tem as suas correlações entre 0,43 e 0,59; na subescala Hostilidade, as correlações variam entre 0,39 e 0,57; a subescala Ansiedade Fóbica apresenta valores entre 0,41 e 0,64; na subescala Ideação Paranóide, as correlações situam-se entre 0,35 e 0,72; finalmente, a subescala Psicoticismo apresenta valores de correlação entre 0,39 e 0,62. É possível, então, concluir que as correlações das 9 subescalas que compõem o Inventário de Sintomas Psicopatológicos são $> 0,20$ confirmando-se, desta forma, a boa homogeneidade das subescalas.

b) Validade

Embora já validado para a população portuguesa, procedeu-se à realização da Análise das Componentes Principais do *Inventário de Sintomas Psicopatológicos*, para a amostra em estudo, com rotação ortogonal pelo método Equamax, com definição prévia de nove factores. São apenas considerados os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 29).

Tabela 29 – Análise das Componentes Principais do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*” (N = 200; KMO = 0,919)

Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ansiedade	0,841								
Fóbica									
Hostilidade		0,850							
Somatização			0,819						
Sensibilidade				0,809					
Psicoticismo					0,794				
Ideação						0,781			
Paranóide									
Obsessão							0,758		
Depressão				0,303				0,702	
Ansiedade	0,316								0,674
Var. Explicada (%)	69,57	7,39	5,89	4,80	3,38	3,12	2,70	1,77	1,41
Eigenvalues	6,26	0,67	0,53	0,43	0,30	0,28	0,24	0,16	0,13

A Análise das Componentes Principais do *Inventário de Sintomas Psicopatológicos*, neste estudo, apresenta, tal como no estudo de validação, nove dimensões. Todas as dimensões têm uma carga factorial entre 0,67 e 0,85, sugerindo que a análise factorial, do ponto de vista estatístico, se encontra entre valores médios a valores bons. Contudo, é possível verificar que a dimensão Ansiedade (factor 9) tem uma carga factorial ligeiramente < 0,70, o que não invalida a sua importância na análise factorial. As dimensões 8 e 9 além de saturarem nos seus factores, saturam também noutros factores (factores 1 e 3), embora tenham uma carga factorial que não é aceite estatisticamente (< 0,50) (0,316 e 0,303, respectivamente).

9. Validade Convergente e Validade Discriminante dos Instrumentos

Para se analisar a correlação da validade das escalas utilizadas no presente estudo, recorreu-se ao cálculo do coeficiente ρ de *Spearman*, uma vez que este mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Além disso, este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição, nem à presença de *outliers*, não exigindo portanto que os dados provenham de duas populações normais.

O coeficiente ρ de *Spearman* varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável.

Pretende-se, igualmente, com a correlação de *Spearman*, verificar a validade convergente e a validade discriminante dos instrumentos uns em relação aos outros. A validade convergente refere-se à extensão em que a correlação do instrumento com instrumentos que medem o mesmo construto é maior do que a correlação com os que medem construtos diferentes. A validade discriminante está relacionada com a extensão em que a correlação do instrumento com instrumentos que medem diferentes construtos é menor do que a correlação com os que medem o mesmo construto (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998).

A Tabela 30 (ver Anexo I) mostra o resultado das correlações existentes entre as variáveis utilizadas no presente estudo. Como se pode verificar, a generalidade das correlações obtidas têm um nível de significância $> 0,01$, logo com 99% de certeza pode-se afirmar que as correlações são significativas e válidas para serem aplicadas e generalizadas aos instrumentos utilizados no presente estudo, sendo também uma referência para estudos posteriores. Assim sendo, pode-se verificar que as correlações estão entre valores positivos e negativos. A correlação mais baixa é de -0,087 e a mais elevada é de 0,648.

O *Questionário das Percepções de Envelhecimento* é composto pela parte A e B, todavia optou-se por dividi-lo em três partes: a primeira parte que conta com os 32 itens; a segunda parte que tem 17 itens e que está relacionada com a saúde e as experiências pessoais; e a terceira parte, também com os mesmos 17 itens, mas com uma pergunta orientada para uma opinião relacionada com o envelhecimento. Assim sendo, no que respeita ao envelhecimento, verifica-se que esta variável tem uma correlação muito baixa com o apoio social percebido ($r = -0,087$) e baixa correlação

com o bem-estar psicológico ($r = - 0,262$). Isto pode sugerir que quer o apoio social, quer o bem-estar psicológico não são as variáveis mais influenciadas pelas percepções de envelhecimento. Contudo, existirão outras variáveis que terão um contributo maior no apoio social e no bem-estar psicológico.

Relativamente à segunda parte do *Questionário das Percepções de Envelhecimento*, ambas as partes – mudanças relacionadas com a saúde e mudanças relacionadas apenas com o envelhecimento –, na generalidade, encontram-se moderadamente relacionadas com todas as outras variáveis, embora se possa salientar a baixa correlação entre mudanças relacionadas com a saúde e bem-estar psicológico ($r = 0,234$) e mudanças relacionadas com a saúde e apoio social percebido ($r = - 0,168$). Quanto às mudanças relacionadas apenas com o envelhecimento observam-se mais situações em que as correlações são $< 0,30$. É o caso do estado emocional ($r = - 0,233$), do bem-estar psicológico ($r = - 0,226$), do estado de saúde ($r = - 0,266$), dos sintomas psicopatológicos ($r = 0,250$) e do apoio social percebido ($r = - 0,162$). Mais uma vez o apoio social percebido é o menos correlacionado com uma variável ligada ao envelhecimento.

O estado emocional correlaciona-se moderadamente com o envelhecimento, as mudanças relacionadas com a saúde, o bem-estar psicológico, o estado de saúde e os sintomas psicopatológicos. Tal como tem vindo a acontecer, o estado emocional tem uma baixa correlação com o apoio social percebido ($r = 0,282$). Verifica-se, aqui, que as correlações mais fortes estão entre variáveis que medem o mesmo construto ou construtos muito idênticos.

O bem-estar psicológico está pouco correlacionado com o envelhecimento, as mudanças relacionadas com a saúde e as mudanças relacionadas apenas com o envelhecimento ($r = - 0,262$, $r = - 0,234$ e $r = - 0,226$, respectivamente). Contudo, encontra-se moderadamente correlacionado com as restantes variáveis, o que pode sugerir que, nesta amostra, o bem-estar psicológico pode estar mais dependente do estado emocional, do estado de saúde, dos sintomas psicopatológicos, do apoio social percebido e não tanto do envelhecimento.

Da mesma forma, o estado de saúde correlaciona-se de forma moderada e significativa com variáveis que medem construtos iguais ou idênticos. A correlação com o estado emocional é de $0,648$, com o bem-estar psicológico é de $0,554$ e com os sintomas psicopatológico é de $- 0,577$. Tem uma baixa correlação com as mudanças relacionadas apenas com o envelhecimento ($r = - 0,266$).

No que respeita à variável sintomas psicopatológicos destaca-se o facto de ter uma baixa correlação com as mudanças relacionadas apenas com o envelhecimento e com o apoio social percebido ($r = 0,250$ e $r = - 0,276$).

Por último, o apoio social percebido correlaciona-se de forma moderada com apenas duas variáveis: o bem-estar psicológico e o estado de saúde ($r = 0,489$ e $r = - 0,464$, respectivamente). A correlação mais baixa é com o envelhecimento ($r = - 0,087$). Isto vem corroborar a revisão teórica, pois quanto mais o indivíduo perceber a sua rede de apoio social como sendo uma rede segura, vai sentir-se melhor física e psicologicamente.

B. RESULTADOS

Neste capítulo é feita a descrição dos resultados em duas partes. Primeiro são apresentados os dados relativos aos testes de hipóteses e depois são apresentados (para cada hipótese) os dados relacionados com as variáveis sócio-demográficas grupos etários, género, estado civil e habilitações literárias. A interpretação dos resultados encontrados será reservada para o capítulo da discussão.

10. Resultados dos Testes de Hipóteses

Dados da revisão bibliográfica demonstram que as variáveis aqui em análise têm sido amplamente estudadas, mas apenas com a população idosa, algo que não acontece neste estudo, pois o que se pretende é associar as percepções de envelhecimento a outras variáveis mas numa população mais jovem, neste caso, na população adulta em idade activa.

Como tal, decidiu-se juntar as Percepções de Envelhecimento, o Estado de Saúde e os Sintomas Psicopatológicos como variáveis predictoras e perceber de que forma elas influenciam o Bem-Estar Psicológico (variável de resultado). Contudo, as variáveis Apoio Social e Estado Emocional surgem também no modelo testado com o papel de variáveis moderadoras ou mediadoras, tal como tem sido apontado na literatura.

Desta forma, tentou-se formular hipóteses que fossem um pouco ao encontro daquilo que foi dito no enquadramento teórico para se tentar perceber o que acontece quando estamos perante uma população mais jovem. Assim, para se testar as hipóteses formuladas realizaram-se análises de regressão *stepwise*, pois estas permitem descrever relacionamentos pouco conhecidos entre as variáveis (Abbad & Torres, 2002).

Por último, é fundamental referir que todas as leituras das regressões *stepwise* realizadas são fiáveis, pois verificam-se os seguintes pressupostos e condições: as regressões são significativas e podem ser generalizadas para o grupo alvo de onde foi retirada a amostra (embora com alguma reserva, já que a amostra é aproximadamente aleatória), pois o seu nível de significância é $< 0,05$; existe linearidade, pois os valores esperados apresentam-se distribuídos dentro de uma configuração aproximadamente

rectangular; há homogeneidade das variáveis independentes ao longo da regressão; embora haja alguns desvios na distribuição normal dos dados, esta aproxima-se bastante da normalidade; não se verificou mais de 5% do total de casos de “outliers”; e também não se verificou uma elevada correlação entre as variáveis independentes, logo as regressões não foram afectadas pela multicolinearidade.

10.1. Hipótese 1

As Percepções de Envelhecimento conjuntamente com a avaliação que as pessoas fazem do seu Estado de Saúde e dos seus Sintomas Psicopatológicos influenciam, de forma significativa, a percepção do seu Bem-Estar Psicológico.

Para se analisar o efeito das variáveis predictoras (Percepções de Envelhecimento, Estado de Saúde e Sintomas Psicopatológicos) sobre a variável resultado (Bem-Estar Psicológico), utilizou-se a regressão *stepwise* usando índices (Tabela 31), sendo esta complementada com a regressão *stepwise* utilizando subescalas.

Tabela 31 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 1

Variáveis	β
Estado de Saúde	0,429
Sintomas Psicopatológicos	- 0,173
Bem-Estar Psicológico	3,306
<u>Variável Excluída:</u> Percepções de Envelhecimento	
R = 0,549; R ² = 0,302; Sig. = 0,000*	

É possível verificar que apenas as variáveis estado de saúde e sintomas psicopatológicos têm algum efeito sobre a variabilidade do bem-estar psicológico. A dimensão deste efeito é determinada pelo coeficiente de determinação R² e que neste caso é de 0,302. Quer isto dizer que 30,2% da variabilidade do bem-estar psicológico é devida à influência das variáveis estado de saúde e sintomas psicopatológicos. A

variável percepções de envelhecimento nada explica porque foi excluída do modelo, uma vez que o seu nível de significância é $> 0,05$ (0,890).

O valor de 3,306 diz respeito ao valor da constante que precisa de ser acrescentada aos efeitos das variáveis para compreender o efeito total da regressão. Os valores 0,429 e - 0,173 correspondem aos valores β das variáveis que entraram no modelo (neste caso estado de saúde e sintomas psicopatológicos, respectivamente). Os valores β indicam o peso da influência da respectiva variável na variável bem-estar psicológico, e o facto da variável sintomas psicopatológicos ter sinal negativo significa que a sua influência é de sinal contrário. Isto é, quanto maior forem os índices de sintomas psicológicos (em termos absolutos) menor será o bem-estar psicológico (e vice-versa). Em termos práticos, pode dizer-se que o bem-estar psicológico de uma pessoa varia em função dos indicadores do estado de saúde e dos sintomas psicopatológicos.

Contudo, quando se analisa a Hipótese 1 utilizando as subescalas verificam-se algumas diferenças, pois os resultados indicam que a variabilidade do bem-estar psicológico é melhor explicada (não só R é maior como R^2 é também maior, como seria de esperar). As quatro subescalas que entraram no modelo resultante (Saúde em Geral, Ansiedade, Controlo Positivo e Saúde Mental) explicam 34,7% da variação do bem-estar psicológico. É importante referir que face a este valor, a maior parte do bem-estar psicológico de uma pessoa é determinada por outros factores não conhecidos e que, no seu conjunto, constituem o valor do Erro (valor residual da regressão). A explicação global do conjunto das quatro subescalas, embora significativa, é moderada, uma vez que o coeficiente de determinação não chega a 50% e, por outro lado, o coeficiente de correlação múltipla tem apenas o valor de 0,589 (ligeiramente superior ao obtido quando na regressão foram utilizados apenas os índices globais: 0,549);

Além destes resultados obtidos, ao contrário do que acontecia na regressão utilizando apenas os índices globais, na regressão utilizando subescalas é integrada uma subescala do *Questionário das Percepções de Envelhecimento* (Controlo Positivo: $\beta = 0,191$), o que permite confirmar, de uma forma mais consistente, a hipótese em estudo, já que pelo menos uma dimensão das percepções de envelhecimento contribui para a explicação da variação do bem-estar psicológico.

Esta regressão identifica as sub-dimensões do estado de saúde, dos sintomas psicopatológicos e das percepções de envelhecimento que mais influenciam o bem-estar psicológico. Tal como quando se utilizaram os índices, o estado de saúde tem

maior poder explicativo que os sintomas psicopatológicos e as percepções de envelhecimento, sendo possível identificar as dimensões de onde vem esse poder explicativo.

10.1.1. Resultados Relacionados com as Variáveis Sócio-Demográficas

Para cada hipótese analisou-se as seguintes variáveis sócio-demográficas: grupos etários, género, estado civil e habilitações literárias. Relativamente à Hipótese 1, foram realizadas regressões *stepwise* que contemplam os índices globais. Far-se-á um pequeno resumo dos resultados obtidos e as interpretações serão reservadas para o capítulo da discussão, tal como já foi referido no início deste capítulo.

Os resultados sugerem que as percepções de envelhecimento não são influenciadas pela idade, uma vez que, em qualquer dos grupos etários, o índice de envelhecimento foi excluído, tal como tem acontecido globalmente. Em ambos grupos etários (30-45, 46-54 e 55-64), o seu nível de significância ficou muito acima dos 0,05 (0,994, 0,473 e 0,161, respectivamente). Verifica-se, também, que a influência da percepção do estado de saúde no bem-estar psicológico vai diminuindo com a idade ($\beta = 0,544$ para um $\beta = 0,476$, até à sua exclusão). Quanto ao poder explicativo determinado pelo coeficiente de determinação R^2 observa-se uma diminuição à medida que se avança no grupo etário (29,6% \rightarrow 22,6% \rightarrow 0%). Pelo contrário, com o aumento da idade, aumenta também a influência da percepção dos sintomas psicopatológicos no bem-estar psicológico (nos dois primeiros grupos etários não entra no modelo, mas no grupo etário dos 55-64 anos substitui o estado de saúde no modelo com um $\beta = - 0,490$). Em termos de poder explicativo aumenta consideravelmente: 0% \rightarrow 0% \rightarrow 24,0%.

Mais uma vez, a exclusão das percepções de envelhecimento do modelo de regressão não é influenciada pelo género, pois em qualquer dos géneros o índice de envelhecimento foi excluído, tal como acontece globalmente (nível de significância muito $>$ a 0,05: 0,725 para o género masculino e 0,711 para o género feminino) A influência da percepção do estado de saúde no bem-estar psicológico é menor nas pessoas do género feminino ($\beta = 0,443$; contributo explicativo = 19,6%) do que nas pessoas do género masculino ($\beta = 0,677$; contributo explicativo = 45,8%).

A exclusão das percepções de envelhecimento do modelo de regressão é influenciada pelo estado civil, uma vez que no grupo das pessoas divorciadas o índice de envelhecimento não foi excluído, ao contrário do que acontece nos grupos dos solteiros e casados/união de facto, e também globalmente. A influência da percepção do estado de saúde no bem-estar psicológico apenas acontece nos grupos solteiro e casado/união de facto ($\beta = 0,778$ e $\beta = 0,513$, respectivamente). Já em termos de poder explicativo, o grupo dos solteiros conta com 60,5% e o grupo dos casados/união de facto conta com 26,3%. Isto significa que 60,5% e 26,3% da variabilidade do bem-estar psicológico é explicada pela variável estado de saúde.

No grupo dos divorciados, a variabilidade do bem-estar psicológico é explicada quase totalmente pelos três indicadores (estado de saúde, percepções de envelhecimento e sintomas psicopatológicos), uma vez que não só apresenta um R elevado (0,994), como um R^2 elevadíssimo, estando muito próximo dos 100% (98,8%).

No caso da variável habilitações literárias, o índice de envelhecimento foi excluído de todos os modelos de regressão, logo é possível concluir que esta não tem qualquer influência no poder explicativo das percepções de envelhecimento. Relativamente aos outros dois índices considerados na análise, o estado de saúde e os sintomas psicopatológicos, o que se verifica é que os indivíduos que têm o 1º e 3º ciclos e o ensino superior valorizam mais as características do estado de saúde ($\beta = 0,337$; $\beta = 0,416$; $\beta = 0,649$) do que propriamente os sintomas psicopatológicos para a explicação do seu bem-estar psicológico. Os indivíduos com o 2º ciclo valorizam mais os sintomas psicopatológicos ($\beta = - 0,740$), enquanto que os indivíduos com o ensino secundário valorizam as características de ambos os índices ($\beta = 0,880$; $\beta = 0,442$) na explicação do seu bem-estar psicológico.

10.2. Hipótese 2

A relação entre as Percepções de Envelhecimento e o Bem-Estar Psicológico é mediada ou moderada pelo Apoio Social Percebido.

Para se estimar se o Apoio Social Percebido tem efeito mediador ou moderador sobre as Percepções de Envelhecimento em relação ao Bem-Estar Psicológico, utilizou-se a regressão *stepwise* usando índices, como se pode observar nas Tabelas 32, 33 e 34.

Tabela 32 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 2 – Sem a Intervenção da EPS (Apoio Social Percebido)

Variáveis	β
Percepções de Envelhecimento	- 0,234
Bem-Estar Psicológico	5,518

R = 0,234; R² = 0,055; Sig. = 0,003

Tabela 33 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 2 – Com a Intervenção da EPS (Apoio Social Percebido)

Variáveis	β
Apoio Social Percebido	0,483
Percepções de Envelhecimento	- 0,193
Bem-Estar Psicológico	3,098

R = 0,535; R² = 0,286; Sig. = 0,000

A intervenção do apoio social percebido parece ter papel de variável mediadora, uma vez que o valor de β das percepções de envelhecimento surge enfraquecido após a inclusão no modelo da variável apoio social percebido (- 0,234 para - 0,193). No caso de uma mediação pura, a variável percepções de envelhecimento deixaria de ter contributo significativo para a explicação da variação do bem-estar psicológico e, portanto, sairia do modelo resultante, mas não foi o caso.

Com a inclusão do apoio social percebido, o contributo das percepções de envelhecimento baixou, embora se tenha mantido significativo. Para além disso, a variável percepções de envelhecimento tem um contributo inferior ao da variável apoio social percebido. Aconteceu, ainda, que com a inclusão desta variável, a regressão tornou-se relativamente mais forte, pois o coeficiente múltiplo de correlação R passou de 0,234 para 0,535, e aumentou consideravelmente o seu poder explicativo em relação à variação do bem-estar psicológico de 5,5% para 28,6%.

Tabela 34 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 2 – Com a Intervenção da EPS mais a Interacção entre o QPE e EPS (Apoio Social Percebido e Percepções de Envelhecimento)

Variáveis	β
Apoio Social Percebido	1,718
Percepções de Envelhecimento x Apoio Social Percebido	- 1,732
Percepções de Envelhecimento	1,113
Bem-Estar Psicológico	- 2,426

R = 0,569; R² = 0,324; Sig. = 0,000

Embora anteriormente se tenha concluído que a intervenção do apoio social percebido parecia ter papel de variável mediadora, quando se faz intervir a variável apoio social percebido mais a sua interacção com as percepções de envelhecimento (QPE x EPS) no modelo de regressão, verifica-se que o contributo explicativo da variável percepções de envelhecimento aumenta consideravelmente de - 0,234 para 1,113. O contributo explicativo da variável apoio social percebido também aumenta consideravelmente pela integração no modelo da sua interacção com as percepções de envelhecimento, comparativamente ao valor que tem quando entra isoladamente no modelo de regressão (0,483 para 1,718).

O valor explicativo que o apoio social percebido apresenta sem a intervenção da interacção (QPE x EPS) é significativo e, como acima se disse, faz baixar o valor explicativo das percepções de envelhecimento, tendo algum efeito mediador relativamente a estas. Não sendo negativo o contributo explicativo do apoio social percebido, é relevante referir que o contributo explicativo da interacção é negativo parecendo que a relação negativa com o bem-estar psicológico possa estar

relacionada com o facto das percepções de envelhecimento, quando isoladas e quando entram na regressão com o apoio social percebido, apresentem sempre valor negativo. Quando a interacção é considerada passa a ter relação positiva com o bem-estar psicológico, isto é, a relação negativa das percepções de envelhecimento é absorvida pela interacção.

A mudança no R^2 (0,027) pela intervenção da interacção, embora diminuta, é significativa (0,014). Isto é, o aumento do contributo explicativo da interacção, embora diminuto, é significativo.

Por todos estes factos, parece ser possível concluir que a variável apoio social percebido tem, essencialmente, efeito moderador sobre o contributo explicativo das percepções de envelhecimento na variação do bem-estar psicológico.

10.2.1. Resultados Relacionados com as Variáveis Sócio-Demográficas

A idade parece ter algum efeito discriminante relativamente à intervenção do apoio social percebido. No grupo etário dos 30-45 anos, a intervenção do apoio social percebido parece ter papel de variável totalmente mediadora uma vez que a variável percepções de envelhecimento deixa de ter qualquer contributo significativo para a explicação da variação do bem-estar psicológico ($p = 0,095$). Assim, é possível concluir que no grupo etário mais jovem, perante a inclusão isolada do apoio social percebido, a variável percepções de envelhecimento, é substituída por aquela ($\beta = 0,491$). Para além disso, o R^2 tem valor mais elevado na regressão em que o apoio social percebido substitui as percepções de envelhecimento (24,1%) do que na regressão em que o apoio social percebido não intervinha (4,1%), sugerindo que os indivíduos que compõem o primeiro grupo de idades seguem o padrão global.

Com a intervenção da interacção EPS x QPE verifica-se que não só a interacção é significativa como ainda a variável percepções de envelhecimento entra na regressão de forma expressiva e muda de sinal relativamente à sua relação inicial com o bem-estar psicológico (sem intervenção do apoio social percebido), tendo um peso relevante e superior ao inicial ($\beta = -0,202 \rightarrow 1,379$).

Assim para o grupo etário dos 30-45 anos, os resultados apontam para que a variável apoio social percebido tenha, por um lado, um papel de variável mediadora, e por outro, um papel de moderadora (Vieira, 2008).

No grupo etário dos 46-54 anos, o efeito da intervenção do apoio social percebido parece ter um efeito inconclusivo sobre a relação das percepções de envelhecimento no bem-estar psicológico. Isto, provavelmente, deve-se ao facto das percepções de envelhecimento não apresentarem qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico, quer quando consideradas isoladamente, quer quando consideradas conjuntamente com o apoio social percebido, e ainda quando são consideradas com o apoio social percebido mais a interacção entre as duas variáveis (em todos os casos, esta variável é excluída da regressão). Apenas o apoio social percebido tem algum poder explicativo na variabilidade do bem-estar psicológico quando considerado isoladamente ou com a sua interacção com as percepções de envelhecimento ($\beta = 0,484$).

No grupo etário dos 55-64 anos, a variável percepções de envelhecimento, isoladamente, não apresenta qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico. Contudo, quando se introduz a variável apoio social percebido, as percepções de envelhecimento contribuem significativamente para o bem-estar psicológico, tendo um peso relevante ($\beta = - 0,435$), embora o contributo do apoio social percebido continue a ter um maior poder explicativo ($\beta = 0,536$), quer isoladamente, quer quando a sua interacção com as percepções de envelhecimento é considerada ($\beta = 0,964$). De referir que, quando a interacção é considerada o poder explicativo global do bem-estar psicológico aumenta ($R^2 = 42,2\% \rightarrow 44,8\%$). Face a estes resultados, parece poder concluir-se que neste grupo de idades são as percepções de envelhecimento que têm um efeito moderador sobre a relação do apoio social percebido com o bem-estar psicológico, uma vez que a interacção com as percepções de envelhecimento faz aumentar o poder explicativo do apoio social percebido relativamente ao bem-estar psicológico.

Quanto ao género, é possível afirmar que este discrimina o efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico, uma vez que no género feminino não existe relação significativa entre as duas variáveis, no entanto no género masculino as percepções de envelhecimento dão um contributo explicativo, embora baixo (10,8%), para a variabilidade do bem-estar psicológico (com um peso negativo de $\beta = - 0,329$). Ainda no género masculino, a variável apoio social percebido aparenta ter um papel mediador na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico, uma vez que quando o apoio social percebido entra na regressão, o valor das percepções de envelhecimento baixa em valor absoluto ($\beta = - 0,329 \rightarrow - 0,207$) e o poder explicativo aumenta de 10,8% para 43,2%.

Quando se faz intervir a interacção EPS X QPE verifica-se, no grupo de pessoas do género feminino, que as percepções de envelhecimento surgem no modelo resultante com um peso relevante ($\beta = 1,856$) e, globalmente, o poder explicativo da regressão aumenta de 15,3% para 22,9%. Isto pode significar que no género feminino, quando as pessoas percebem o apoio social e se apercebem que este apoio influencia, de forma negativa, a sua própria percepção do processo de envelhecimento, então parece ser possível afirmar a existência de uma relação entre o processo de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Por outro lado, no género masculino, a interacção EPS x QPE tem efeito diferente relativamente ao que acontece no grupo de pessoas do género feminino. Isto é, a interacção expulsa as percepções de envelhecimento do modelo resultante e faz aumentar moderadamente (mudança no $R^2 = 4,7\%$), mas de forma significativa, a explicação global do bem-estar psicológico pelo modelo resultante ($43,2\% \rightarrow 43,8\%$), parecendo significar que o apoio social percebido nos homens tem efeito essencialmente mediador na relação existente entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

Quanto ao estado civil, este aparenta discriminar o efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico, uma vez que os resultados obtidos diferem mediante cada estado civil. As percepções de envelhecimento, quando consideradas isoladamente, apenas têm relação significativa e algum poder explicativo da variabilidade do bem-estar psicológico no caso das pessoas solteiras ($R^2 = 17,1\%$) ou casadas/união de facto ($R^2 = 4,1\%$). Nas pessoas divorciadas e viúvas, as percepções de envelhecimento, aparentemente, não têm qualquer influência no bem-estar psicológico dos indivíduos.

Como já foi referido, no grupo dos solteiros, verifica-se que a variável percepções de envelhecimento tem relação significativa e explica 17,1% da variação do bem-estar psicológico, contudo, quando se faz intervir o apoio social percebido, a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico deixa de ser aparente, é como se tivesse sido absorvida. Isto parece indicar que a variável apoio social percebido aparenta ter papel de mediação pura ($\beta = 0,447$). Para além disso, a explicação do apoio social percebido ($R^2 = 20,0\%$) relativamente ao bem-estar psicológico é ligeiramente mais elevada comparativamente à explicação do bem-estar psicológico pelas percepções de envelhecimento ($R^2 = 17,1\%$). Ainda no grupo dos solteiros, verifica-se que a intervenção da interacção EPS x QPE não introduz qualquer alteração relativamente ao resultado alcançado quando se fez intervir apenas o apoio social percebido. Este facto vem reforçar o papel de mediação da variável

apoio social percebido, uma vez que não é visível qualquer efeito de moderação do apoio social percebido sobre as percepções de envelhecimento.

No caso das pessoas casadas/união de facto, verifica-se que as percepções de envelhecimento, tal como no grupo dos solteiros, têm relação significativa e poder explicativo, embora bastante mais baixo, ($R^2 = 4,1\%$) no bem-estar psicológico. Quando se faz intervir a variável apoio social percebido, o peso da relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico baixa ($- 0,203 \rightarrow - 0,180$). Isto parece significar que a variável apoio social percebido aparenta ter papel de mediação na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Para além disso, a explicação da regressão ($R^2 = 36,4\%$) relativamente ao bem-estar psicológico aumenta consideravelmente em comparação com a explicação do bem-estar psicológico pelas percepções de envelhecimento isoladamente ($R^2 = 4,1\%$). Quando se faz intervir na regressão a interacção EPS x QPE verifica-se não só um aumento significativo da contribuição das percepções de envelhecimento relativamente à explicação da variabilidade do bem-estar psicológico ($\beta = 1,247$), como há uma mudança de sinal, contrariamente ao que se verifica quando se faz intervir apenas o apoio social percebido. Este facto vem indicar que o apoio social percebido tem papel mediador e moderador, o que pode levar a pensar que a sua intervenção é do tipo moderador-mediador na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

No caso do grupo dos divorciados, verifica-se que as percepções de envelhecimento não têm qualquer relação com o bem-estar psicológico, não só quando considerada isoladamente, como também quando se faz intervir o apoio social percebido ou a interacção entre EPS x QPE.

No grupo dos viúvos, a situação assemelha-se à verificada no grupo dos solteiros, à excepção do facto da variável percepções de envelhecimento, isoladamente, não ter qualquer relação com o bem-estar psicológico. No que se refere ao comportamento do apoio social percebido relativamente à eventual relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico, a situação é exactamente igual. Isto é, o apoio social percebido tem relação significativa ($\beta = - 0,814$) e poder explicativo relativamente ao bem-estar psicológico ($R^2 = 66,2\%$), mas não influencia o comportamento das percepções de envelhecimento em relação ao bem-estar psicológico. Por isso, não se pode concluir que o apoio social percebido tenha efeito mediador sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico, já que esta relação aparentemente não existe. Por outro lado, também

parece não se poder concluir a existência de papel moderador do apoio social percebido sobre a relação das percepções de envelhecimento com o bem-estar psicológico, pois a interacção EPS x QPE é excluída do modelo de regressão resultante.

A variável sócio-demográfica habilitações literárias discrimina o efeito das percepções de envelhecimento relativamente ao bem-estar psicológico, uma vez que os resultados obtidos diferem a cada nível de escolaridade. Quando as percepções de envelhecimento são consideradas isoladamente, existe apenas uma relação significativa e algum poder explicativo da variabilidade do bem-estar psicológico no caso dos indivíduos habilitados com o ensino superior ($\beta = - 0,426$; $R^2 = 18,2\%$). Nos grupos de indivíduos com habilitações abaixo do ensino superior, as percepções de envelhecimento, aparentemente, não têm qualquer influência no Bem-Estar Psicológico.

À excepção dos indivíduos que possuem o ensino superior, os resultados parecem apontar para o facto da variável apoio social percebido não ter papel de variável mediadora nem moderadora. Isto porque, em primeiro lugar, o apoio social percebido não absorve qualquer parte da relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico, já que esta relação não existe e, por outro lado, a interacção EPS x QPE é sempre excluída do modelo resultante. Uma vez que o apoio social percebido, com excepção no grupo dos indivíduos habilitados com o 3º ciclo, em que não existe qualquer relação entre o apoio social percebido e o bem-estar psicológico, está sempre presente nos modelos resultantes e, para além disso, esses modelos resultantes são sempre iguais, quer o apoio social percebido entre isoladamente, quer entre em conjunto com a sua interacção com as percepções de envelhecimento, poderá especular-se que o apoio social percebido tem papel essencialmente mediador nestes níveis de habilitações literárias.

No caso das pessoas habilitadas com ensino superior, a situação difere. Em primeiro lugar, as percepções de envelhecimento estão significativamente relacionadas com o bem-estar psicológico, embora o valor explicativo se situe apenas nos 18,2%. Isto significa que as pessoas com este nível de habilitações avaliam o seu bem-estar psicológico, em parte, com base na percepção que tem do seu processo de envelhecimento e consideram que quanto mais avançado for o seu estado de envelhecimento menos bem-estar psicológico terão. Por outro lado, verifica-se que quando o apoio social percebido é considerado isoladamente ou em conjunto com sua interacção com as percepções de envelhecimento, o modelo resultante é exactamente

igual. Isto significa que a variável apoio social percebido tem essencialmente papel de variável mediadora, parecendo querer dizer que a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico depende em boa parte do apoio social percebido.

10.3. Hipótese 3

A relação entre as Percepções de Envelhecimento e o Bem-Estar Psicológico é mediada ou moderada pelo Estado Emocional.

Para se estimar se o Estado Emocional tem efeito mediador ou moderador sobre as Percepções de Envelhecimento em relação ao Bem-Estar Psicológico, utilizou-se a regressão *stepwise* usando índices, como se pode observar nas Tabelas 35, 36 e 37.

Tabela 35 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 3 – Sem a Intervenção de HADS (Estado Emocional)

Variáveis	β
Percepções de Envelhecimento	- 0,234
Bem-Estar Psicológico	5,518

R = 0,234; R² = 0,055; Sig. = 0,003

Tabela 36 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 3 – Com a Intervenção de HADS (Estado Emocional)

Variáveis	β
Estado Emocional	- 0,562
Bem-Estar Psicológico	5,337

Variável Excluída: Percepções de Envelhecimento

R = 0,562; R² = 0,316; Sig. = 0,000

A intervenção do estado emocional parece ter papel de mediação pura, uma vez que, quando é considerado na regressão, a variável percepções de envelhecimento deixa de ter um contributo significativo para a explicação da variação do bem-estar psicológico (nível de significância > 0,05) e, como tal, sai do modelo resultante. Aconteceu ainda que com a inclusão do estado emocional, a regressão tornou-se mais forte, não só porque aumentou o coeficiente múltiplo de correlação R

(de 0,234 para 0,562), mas também porque aumentou o seu poder explicativo em relação à variação do bem-estar psicológico de 5,5% para 31,6%.

Tabela 37 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 3 – Com a Intervenção de HADS mais a Interacção entre o QPE e HADS (Estado Emocional e Percepções de Envelhecimento)

Variáveis	β
Estado Emocional	- 0,562
Bem-Estar Psicológico	5,337

R = 0,562; R² = 0,316; Sig. = 0,000

Quando se faz intervir a variável estado emocional mais a sua interacção com as percepções de envelhecimento (QPE x HADS) no modelo de regressão, verifica-se que não existe praticamente qualquer alteração em relação à situação anterior. Isto é, a interacção QPE x HADS não tem qualquer efeito sobre a variabilidade do bem-estar psicológico. Aliás, esta interacção é excluída do modelo resultante pelo facto do nível de significância ser > 0,05 (0,749). Este resultado vem reforçar a conclusão de que a variável estado emocional tem papel fortemente mediador relativamente ao efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico, explicando 31,6% da variabilidade desta.

10.3.1. Resultados Relacionados com as Variáveis Sócio-Demográficas

A idade parece ter algum efeito discriminante relativamente à intervenção do estado emocional. No grupo etário dos 30-45 anos, a intervenção do estado emocional parece ter papel de variável totalmente mediadora, uma vez que a variável percepções de envelhecimento deixa de ter qualquer contributo significativo para a explicação da variação do bem-estar psicológico, saindo do modelo resultante. Mais concretamente, no grupo etário mais jovem, as percepções de envelhecimento, perante a inclusão isolada do estado emocional na regressão, foi substituído por este, verificando-se que apenas o estado emocional tem contributo significativo ($\beta = - 0,630$) para a variabilidade do bem-estar psicológico. Além disso, o R² tem valor mais elevado na

regressão em que o estado emocional substitui as percepções de envelhecimento (39,6%), ao contrário do que aconteceu na regressão sem a intervenção do estado emocional (4,1%). Isto mostra que, no grupo etário dos 30-45 anos, a intervenção isolada do estado emocional no contributo explicativo das percepções de envelhecimento segue o padrão global. Por outro lado, a intervenção da interacção HADS x QPE não produz qualquer alteração relativamente ao modelo resultante quando o estado emocional intervém isoladamente, o que vem reforçar o papel mediador da variável estado emocional.

No segundo grupo etário (46-54 anos), a intervenção do estado emocional faz excluir a variável percepções de envelhecimento, não tendo esta influência no bem-estar psicológico. Isto, provavelmente, deve-se ao facto das percepções de envelhecimento não apresentarem qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico, quer quando consideradas isoladamente, quer quando consideradas conjuntamente com o estado emocional e com o estado emocional mais a interacção entre as duas variáveis. Apenas a variável estado emocional tem algum poder explicativo da variabilidade do bem-estar psicológico quando considerada isoladamente ou com a sua interacção com as percepções de envelhecimento ($R^2 = 17,6\%$).

No último grupo etário, dos 55 aos 64 anos, a variável percepções de envelhecimento também não apresenta, isoladamente, qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico. Além disso, a mesma variável também não tem qualquer relação quando intervém, isoladamente, a variável estado emocional e esta também não apresenta, quando entra isoladamente, qualquer relação com o bem-estar psicológico. Isto pode sugerir que o estado emocional não tem efeito mediador sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Por outro lado, quando se faz intervir a interacção QPE x HADS verifica-se que, quer as percepções de envelhecimento, quer o estado emocional são excluídas do modelo resultante, ficando apenas a interacção entre as duas variáveis ($\beta = - 0,406$), explicando 16,5% da variabilidade do bem-estar psicológico. Face a estes resultados, parece poder concluir-se que, neste grupo de idades, a variável estado emocional não tem efeito mediador nem moderador sobre a eventual relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Contudo, dado o facto de apenas a interacção QPE x HADS entrar no modelo resultante, poderá especular-se que é a interligação da percepção do processo de envelhecimento com o estado emocional que leva as pessoas deste grupo etário a avaliar uma parte do seu bem-estar



psicológico. Provavelmente, para além da intervenção de outros factores não considerados neste estudo, verifica-se um efeito moderador mútuo entre as duas variáveis que poderá significar que as pessoas incluídas neste grupo etário percebem o seu processo de envelhecimento através de um quadro emocional.

O género discrimina o efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico, uma vez que no género feminino não existe relação significativa entre as duas variáveis, enquanto no género masculino as percepções de envelhecimento dão um contributo explicativo, embora baixo (10,8%) para a variabilidade do bem-estar psicológico (com um peso negativo de $\beta = - 0,329$).

No que respeita ao efeito do estado emocional sobre a relação das percepções de envelhecimento com o bem-estar psicológico, não se identifica qualquer diferença, excepto no que se refere ao poder explicativo do estado emocional em relação à variabilidade do bem-estar psicológico que é superior nas pessoas de género feminino do que nas pessoas de género masculino ($R^2 = 36,8\%$; $R^2 = 27,8\%$, respectivamente). Através destes resultados poder-se-á especular que o maior poder explicativo do estado emocional nas pessoas do género feminino se deve ao facto de, no género masculino a percepção do processo de envelhecimento ter, isoladamente, uma relação significativa com o bem-estar psicológico.

No género masculino, o estado emocional aparenta ter papel de mediação pura na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico, já que quando se faz intervir o estado emocional na regressão, a variável percepções de envelhecimento é excluída do modelo e, além disso, o poder explicativo da regressão aumenta ($R^2 = 10,8\% \rightarrow 27,8\%$).

Quando se faz intervir a interacção HADS x QPE verifica-se, em ambos os grupos, que não há qualquer alteração relativamente ao modelo resultante obtido quando se fez intervir a variável estado emocional isoladamente com as percepções de envelhecimento. Isto significa que, nas pessoas de ambos géneros, o estado emocional não tem qualquer efeito moderador na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

O estado civil discrimina o efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico, pois os resultados obtidos diferem de situação para situação. Quando consideradas isoladamente, as percepções de envelhecimento apenas têm relação significativa e algum poder explicativo da variabilidade do bem-estar psicológico no grupo dos solteiros ($\beta = - 0,414$; $R^2 = 17,1\%$) e nos casados/união de facto ($\beta = - 0,203$; $R^2 = 4,1\%$). No grupo dos divorciados e viúvos, as percepções de

envelhecimento, aparentemente, não têm qualquer influência no bem-estar psicológico. Quando o estado emocional intervém, isoladamente e em conjunto com a sua interacção com as percepções de envelhecimento, verifica-se que esta variável discrimina as pessoas que não têm companheiro “formalmente permanente” (solteiros, divorciados e viúvos) do grupo de pessoas com companheiro “formalmente permanente” (casados/união de facto).

No grupo dos solteiros, quando se faz intervir o estado emocional, a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico deixa de ser aparente, sugerindo que a variável estado emocional aparenta ter papel de mediação pura na relação entre aquelas variáveis, já que a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico é absorvida pela presença do estado emocional. Além disso, a explicação do estado emocional relativamente ao bem-estar psicológico é mais elevada comparativamente à explicação dada pelas percepções de envelhecimento ($R^2 = 44,8\% \rightarrow 17,0\%$). Quando intervém a interacção HADS x QPE, o estado emocional é excluído. Este facto vem reforçar o papel de mediação da variável estado emocional, uma vez que não é visível qualquer efeito de moderação do estado emocional sobre as percepções de envelhecimento. Aliás, o modelo resultante é praticamente idêntico ao modelo obtido quando é considerada apenas a variável estado emocional. Isto significa que o peso de HADS x QPE na regressão ($\beta = -0,671$) é devido, quase exclusivamente, ao efeito do estado emocional e não das percepções de envelhecimento, uma vez que o efeito desta é completamente absorvido por aquela.

No caso do grupo dos indivíduos casados/união de facto, as percepções de envelhecimento, tal como se verificou no grupo dos solteiros, tem relação significativa ($\beta = -0,203$) e poder explicativo, embora bastante mais baixo, ($R^2 = 4,1\%$) em relação ao bem-estar psicológico. Quando se faz intervir o estado emocional, a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico deixa de ser aparente, sugerindo que a variável estado emocional tem papel de mediação pura na relação entre aquelas variáveis (a relação é absorvida pela presença do estado emocional). A explicação da regressão relativamente ao bem-estar psicológico aumenta consideravelmente em comparação com a explicação dada pelas percepções de envelhecimento ($R^2 = 4,1\% \rightarrow 26,2\%$). Por outro lado, quando na regressão entra a interacção HADS x QPE não se verifica qualquer alteração relativamente ao modelo resultante quando o estado emocional é considerado isoladamente com as percepções de envelhecimento. Embora o modelo resultante para o grupo dos

casados/união de facto seja diferente do modelo resultante para o grupo dos solteiros, a leitura é a mesma, uma vez que os resultados vão no sentido de se confirmar o papel de mediação pura do estado emocional.

No caso do grupo dos divorciados e viúvos, verificou-se que as percepções de envelhecimento não têm qualquer relação com o bem-estar psicológico, não só quando consideradas isoladamente, como também quando se faz intervir o estado emocional ou o estado emocional mais a sua interacção com as percepções de envelhecimento, embora no modelo resultante em que a interacção é considerada, o estado emocional (na sua forma isolada) seja excluído do modelo. Apesar de isto acontecer, pela semelhança dos modelos resultantes, pode concluir-se que o efeito sobre o bem-estar psicológico é devido fundamentalmente ao estado emocional ($\beta = -0,957$; $\beta = -0,972$; $\beta = -0,932$).

Daqui se pode concluir que as pessoas divorciadas e viúvas parecem não perceber o seu estado de bem-estar psicológico em função do seu processo de envelhecimento, mesmo nas situações em que se sentem mais ansiosas ou deprimidas. Isto significa que as pessoas divorciadas e viúvas perceberão o seu bem-estar psicológico mais em função do estado emocional do que em função das suas percepções de envelhecimento. De facto, os modelos resultantes para estes dois grupos, quer quando apenas o estado emocional é considerado, quer quando é considerado conjuntamente com a sua interacção com as percepções de envelhecimento, explicam quase totalmente a variabilidade do bem-estar psicológico ($R^2 = 91,6\%$; $R^2 = 94,4\%$; $R^2 = 86,8\%$; $R^2 = 90,5\%$). Não há aqui, pois, qualquer papel de mediação ou de moderação do estado emocional em relação ao eventual efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico.

A variável sócio-demográfica habilitações literárias discrimina o efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico, uma vez que os resultados obtidos diferem nos níveis literários. Quando as percepções de envelhecimento são consideradas isoladamente, apenas têm relação significativa e algum poder explicativo da variabilidade do bem-estar psicológico no caso dos indivíduos habilitados com ensino superior ($\beta = -0,426$; $R^2 = 18,2\%$). No caso dos indivíduos com um nível de habilitações literárias inferiores ao ensino superior, as percepções de envelhecimento, aparentemente, não têm qualquer influência no bem-estar psicológico.

Quanto ao papel da variável estado emocional, é possível dizer que esta tem poder discriminante. Contudo, esse poder verifica-se de forma diferente, pois separa,

fundamentalmente, o grupo de pessoas com o 1º ciclo das pessoas com habilitações superiores a esse nível. No caso das pessoas que possuem o 1º ciclo, os resultados parecem apontar para o facto do estado emocional não ter papel de variável mediadora nem moderadora. Esta conclusão é obtida porque, quer o estado emocional entre isoladamente, quer entre conjuntamente com a sua interacção com as percepções de envelhecimento, a variável não explica qualquer variabilidade do bem-estar psicológico.

No caso das pessoas habilitadas com o 2º ciclo e com o ensino secundário, a situação é idêntica. Para além das percepções de envelhecimento não apresentarem qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico, o papel do estado emocional é idêntico em ambos os casos. Quer o estado emocional entre na regressão isoladamente, quer em conjunto com a sua interacção com as percepções de envelhecimento, ele aparenta ter uma relação significativa com o bem-estar psicológico, fazendo excluir do modelo resultante as percepções de envelhecimento. Estes resultados parecem indicar que as percepções de envelhecimento que estes indivíduos têm não influenciam, de forma significativa, o bem-estar psicológico, mesmo quando estão ansiosos e/ou deprimidos. Por outras palavras, pode-se dizer que o estado emocional “abafa” qualquer relação que possa existir entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Por tudo isto, não é possível afirmar com certezas que o estado emocional tem papel de mediação pura relativamente à relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico, porque esta relação não tem existência significativa. No entanto, em termos especulativos, poder-se-á dizer que a situação é bastante semelhante.

No grupo dos indivíduos com o 3º ciclo, a situação é similar ao caso anterior, diferindo apenas num aspecto: quando na regressão entra a interacção de QPE x HADS, a variável estado emocional é excluída. No entanto, quando o estado emocional é considerado isoladamente, ou quando é considerado conjuntamente com as percepções de envelhecimento, verifica-se que o peso na relação e o poder explicativo são relativamente idênticos ($\beta = - 0,471$ e $R^2 = 22,2\%$; $\beta = - 0,481$ e $R^2 = 23,1\%$). Pode, assim, dizer-se que o estado emocional sobrepõe-se a qualquer eventual efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico.

No caso dos indivíduos habilitados com o ensino superior, a situação é ligeiramente diferente, uma vez que, em primeiro lugar, as percepções de envelhecimento estão, significativamente, relacionadas com o bem-estar psicológico, embora o valor da sua explicação da variabilidade deste se situe apenas nos 18,2%.

Isto significa que os indivíduos com este nível de habilitação literária avaliam o seu bem-estar psicológico, em parte, com base na percepção que têm do seu processo de envelhecimento. Além disso, consideram que quanto maior for o seu estado de envelhecimento, pior será o seu bem-estar psicológico.

Por outro lado, quando o estado emocional é considerado de forma isolada, este absorve completamente o efeito das percepções de envelhecimento e, como tal, tem efeito de mediação pura relativamente à relação entre estas e o bem-estar psicológico. Embora no modelo resultante, quando o estado emocional mais a sua interacção com as percepções de envelhecimento são consideradas, o estado emocional seja excluído, aparentemente o poder de explicação do modelo relativamente ao bem-estar psicológico resulta do poder de explicação do estado emocional, já que este absorve totalmente o efeito das percepções de envelhecimento, tal como aconteceu quando entrou isoladamente na regressão. Desta forma, parece poder dizer-se que as pessoas habilitadas com o ensino superior avaliam o seu bem-estar psicológico em função do processo de envelhecimento, contudo, essa percepção é mediada pelo estado emocional.

10.4. Hipótese 4

O Apoio Social Percebido e o Estado Emocional, conjuntamente, têm efeito mediador ou moderador sobre o contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico.

Para se estimar se o Apoio Social Percebido e o Estado Emocional têm efeito mediador ou moderador sobre as Percepções de Envelhecimento em relação ao Bem-Estar Psicológico, utilizou-se a regressão *stepwise* usando índices, como se pode observar nas Tabelas 38, 39 e 40.

Tabela 38 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 4 – Sem a Intervenção da EPS e de HADS (Apoio Social Percebido e Estado Emocional)

Variáveis	β
Percepções de Envelhecimento	- 0,234
Bem-Estar Psicológico	5,518

R = 0,234; R² = 0,055; Sig. = 0,003

Tabela 39 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 4 – Com a Intervenção da EPS e de HADS (Apoio Social Percebido e Estado Emocional)

Variáveis	β
Estado Emocional	- 0,488
Apoio Social Percebido	0,286
Bem-Estar Psicológico	4,015

Variável Excluída: Percepções de Envelhecimento

R = 0,626; R² = 0,392; Sig. = 0,000

A intervenção do apoio social percebido e do estado emocional parecem ter, em conjunto, papel de mediação pura uma vez que a variável percepções de

envelhecimento deixa de ter um contributo significativo para a explicação da variação do bem-estar psicológico e, portanto, sai do modelo resultante (nível de significância > 0,05). Por outro lado, importa referir que a regressão se tornou mais forte, não só porque aumentou o coeficiente múltiplo de correlação R, mas também porque aumentou o seu poder explicativo em relação à variação do bem-estar psicológico de 5,5% para 39,2%.

Tabela 40 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 4 – Com a Intervenção da EPS, de HADS mais a Interacção entre o QPE, HADS e EPS (Estado Emocional e Percepções de Envelhecimento)

Variáveis	β
Estado Emocional	- 0,488
Apoio Social Percebido	0,286
Bem-Estar Psicológico	4,015

R = 0,626; R² = 0,392; Sig. = 0,000

Tal como na regressão anterior, na qual se tinha apenas em conta a intervenção do apoio social percebido e do estado emocional, o coeficiente múltiplo de correlação R mantém o mesmo valor (0,626), tal como o coeficiente de determinação R² (39,2%).

Quando se faz intervir o conjunto das duas variáveis e respectivas interacções no modelo de regressão, tendo em vista estimar se existe efeito moderador dessas variáveis quando presentes em conjunto, verifica-se que não existe praticamente qualquer alteração em relação à situação anterior. Isto é, as interacções entre as percepções de envelhecimento/apoio social percebido e as percepções de envelhecimento/estado emocional (QPE x EPS e QPE x HADS) não têm qualquer efeito sobre a variabilidade do bem-estar psicológico, uma vez que todas são excluídas do modelo resultante (níveis de significância > 0,05: 0,240 e 0,986, respectivamente). Este resultado vem reforçar a conclusão de que as duas variáveis em conjunto têm efeito mediador sobre as percepções de envelhecimento em relação ao bem-estar psicológico.

10.4.1. Resultados Relacionados com as Variáveis Sócio-Demográficas

A idade parece ter algum efeito discriminante relativamente à intervenção do apoio social percebido e do estado emocional. No primeiro grupo etário, a intervenção do apoio social percebido e do estado emocional parecem ter, em conjunto, papel de variáveis totalmente mediadoras ($\beta = 0,348$; $\beta = - 0,537$, respectivamente), uma vez que a variável percepções de envelhecimento deixa de ter qualquer contributo significativo para a explicação da variação do bem-estar psicológico. Para além disso, o R^2 tem um valor mais elevado na regressão em que o apoio social percebido e o estado emocional substituem as percepções de envelhecimento (50,9%) do que o valor apresentado pelo R^2 sem a intervenção dessa combinação de variáveis (4,1%). Isto vem sugerir que os indivíduos deste grupo de idades seguem o padrão global, ou seja, acreditam que o que mais contribui para o seu bem-estar psicológico são as variáveis apoio social percebido e estado emocional não parecendo valorizar, de forma significativa, as suas percepções de envelhecimento. Por outro lado, a intervenção das interacções percepções de envelhecimento/apoio social percebido e percepções de envelhecimento/estado emocional (QPE x EPS e QPE x HADS) não produzem qualquer alteração relativamente ao modelo resultante quando as variáveis intervêm isoladamente sem as respectivas interacções, sendo até excluídas, o que vem reforçar o papel mediador da combinação das variáveis apoio social percebido e estado emocional.

No segundo grupo etário (46-54 anos), a intervenção da combinação das variáveis apoio social percebido e estado emocional parece ser inconclusiva sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Isto, provavelmente, deve-se ao facto das percepções de envelhecimento não apresentarem qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico, quer quando consideradas isoladamente, quer quando consideradas conjuntamente com o apoio social percebido e o estado emocional e com as respectivas interacções. Apenas o apoio social percebido tem algum poder explicativo da variabilidade do bem-estar psicológico quando considerado em combinação com o estado emocional ou com as interacções das duas variáveis com as percepções de envelhecimento ($R^2 = 23,5\%$).

No grupo das pessoas com idades compreendidas entre 55 e os 64 anos, a variável percepções de envelhecimento também não apresenta, isoladamente, qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico. Contudo, quando analisada conjuntamente com a combinação entre o apoio social percebido e o estado

emocional verifica-se que ela entra no modelo resultante conjuntamente com o apoio social percebido ($\beta = -0,435$; $\beta = 0,536$, respectivamente), sendo o estado emocional excluído do modelo. Isto parece querer significar que apoio social percebido tem algum efeito mediador sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Por outro lado, quando se fazem intervir as interacções entre as percepções de envelhecimento/apoio social percebido e as percepções de envelhecimento/estado emocional (QPE x EPS e QPE x HADS), verifica-se que quer as percepções de envelhecimento, quer o estado emocional, assim como a interacção entre ambas são excluídas do modelo resultante, ficando apenas o apoio social percebido mais a sua interacção com as percepções de envelhecimento, que em conjunto explicam 44,8% da variabilidade do bem-estar psicológico.

Face a estes resultados, parece poder concluir-se que neste grupo de idades a variável estado emocional não tem efeito mediador nem moderador sobre a eventual relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico, pois é sempre excluída do modelo resultante. Contudo, no que se refere ao apoio social percebido, a situação é diferente dado que não só fica *per si* no modelo como ainda entra no modelo em interacção com as percepções de envelhecimento. Este facto vem confirmar que o estado emocional não tem aqui qualquer papel, como ainda indica que o apoio social percebido parece ter um papel misto (mediador e moderador). Poderá, assim, especular-se que é a interligação das percepções de envelhecimento com o apoio social percebido que leva as pessoas deste grupo etário a avaliar uma parte do seu bem-estar psicológico.

De acordo os resultados, o género parece ter algum efeito discriminante relativamente à combinação linear do apoio social percebido e do estado emocional na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. No grupo de pessoas de género feminino, o papel da intervenção das variáveis apoio social percebido e estado emocional aparenta ser inconclusivo sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Isto deve-se, provavelmente, ao facto das percepções de envelhecimento não apresentarem qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico, quer quando consideradas isoladamente, quer quando consideradas conjuntamente com o apoio social percebido e o estado emocional, quer com as respectivas interacções. Apenas a combinação linear do apoio social percebido e do estado emocional ($\beta = 0,269$; $\beta = -0,546$, respectivamente) tem algum poder explicativo da variabilidade do bem-estar

psicológico quando considerada isoladamente ou com as respectivas interações com as percepções de envelhecimento ($R^2 = 43,7\%$, em ambas as análises).

No grupo de pessoas do sexo masculino, a intervenção do apoio social percebido e do estado emocional parecem ter, em conjunto, papel de variáveis totalmente mediadoras, uma vez que a variável percepções de envelhecimento deixa de ter qualquer contributo significativo para a explicação da variação do bem-estar psicológico, saindo do modelo resultante. Para além disso, o R^2 tem um valor mais elevado na regressão em que o apoio social percebido e o estado emocional substituem as percepções de envelhecimento (46,3%) do que o valor apresentado pela regressão sem a intervenção dessa combinação de variáveis (10,8%). Isto vem sugerir que as pessoas do género masculino seguem o padrão global. Por outro lado, a intervenção das interações percepções de envelhecimento/apoio social percebido e percepções de envelhecimento/estado emocional (QPE x EPS e QPE x HADS) não produzem qualquer alteração relativamente ao modelo resultante em que as duas variáveis intervêm isoladamente sem as respectivas interações, o que vem reforçar o papel mediador da combinação das variáveis apoio social percebido e estado emocional.

Em conclusão, é importante destacar o facto de as percepções de envelhecimento não apresentarem qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico no grupo de pessoas do género feminino, quer isoladamente, quer com a intervenção da combinação linear do apoio social percebido e do estado emocional. Desta forma, parece ser possível afirmar que as mulheres não valorizam, significativamente, as percepções de envelhecimento quando avaliam o seu bem-estar psicológico, mesmo sentem ter apoio social e quando se sentem deprimidas e/ou ansiosas. Pelo contrário, os homens parecem valorizar as percepções de envelhecimento, embora moderadamente, quando avaliam o seu bem-estar psicológico. Além disso, é também no grupo masculino que a combinação entre o apoio social percebido e o estado emocional aparenta ter papel de mediação pura na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico, uma vez que quando o apoio social percebido e o estado emocional entram na regressão, a variável percepções de envelhecimento é excluída do modelo e o poder explicativo da regressão aumenta ($R^2 = 10,8\% \rightarrow R^2 = 46,3\%$).

Quando se faz intervir as interações percepções de envelhecimento/apoio social percebido e percepções de envelhecimento/estado emocional (QPE x EPS e QPE x HADS) verifica-se, tanto no grupo de pessoas do género feminino como no

grupo das pessoas do género masculino, que não surge qualquer alteração relativamente ao modelo resultante obtido quando se fez intervir apenas a combinação linear das variáveis apoio social percebido e estado emocional isoladamente com as percepções de envelhecimento. Isto significa que para ambos os géneros, a combinação linear do apoio social percebido e do estado emocional não tem qualquer efeito moderador na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

O estado civil discrimina o efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico, uma vez que os resultados obtidos diferem para cada um dos estados civis. Quando as percepções de envelhecimento são consideradas isoladamente, apenas têm relação significativa e algum poder explicativo da variabilidade do bem-estar psicológico no caso das pessoas solteiras ($\beta = - 0,414$; $R^2 = 17,1\%$) e no caso das pessoas casadas/união de facto ($\beta = - 0,203$; $R^2 = 4,1\%$). No caso das pessoas divorciadas e viúvas, as percepções de envelhecimento, aparentemente, não têm qualquer influência na percepção do bem-estar psicológico.

O facto de as percepções de envelhecimento não apresentarem qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico no caso das pessoas divorciadas e viúvas, pode significar que pelo facto das pessoas terem deixado de ter "*companheiro(a) formal*" poderá ter alguma influência na percepção que têm do seu processo de envelhecimento e, conseqüentemente, da relação que essa percepção poderá ter no seu bem-estar psicológico, mesmo quando emocionalmente estão ansiosas e/ou deprimidas. Relativamente ao papel do estado emocional não se vislumbra qualquer efeito discriminante entre divorciados e viúvos.

Como já foi referido, no caso das pessoas solteiras, verifica-se que as percepções de envelhecimento têm relação significativa e poder explicativo com o bem-estar psicológico, contudo, quando se faz intervir o apoio social percebido e o estado emocional, a relação entre aquelas variáveis deixa de ser aparente. Isto sugere que a combinação entre as variáveis apoio social percebido e estado emocional aparenta ter papel de mediação pura na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Além disso, a explicação dada pela combinação das variáveis relativamente ao bem-estar psicológico é mais elevada comparativamente à explicação do bem-estar psicológico dada pelas percepções de envelhecimento ($R^2 = 17,0\%$ para $R^2 = 43,9\%$). Ao fazer-se intervir as interacções entre percepções de envelhecimento/apoio social percebido e percepções de envelhecimento/estado emocional (QPE x EPS e QPE x HADS) as variáveis apoio

social percebido, estado emocional e percepções de envelhecimento são excluídas. Isto indica que, para além do papel de mediação das variáveis apoio social percebido e estado emocional, também é visível algum efeito de moderação das mesmas sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

No caso do grupo das pessoas casadas/união de facto, verifica-se que as percepções de envelhecimento, tal como aconteceu no grupo dos solteiros, têm relação significativa e poder explicativo, embora bastante mais baixo ($\beta = - 0,203$; $R^2 = 4,1\%$) com o bem-estar psicológico. Quando se faz intervir o apoio social percebido e o estado emocional, a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico deixa de ser aparente. Isto vem sugerir que a combinação entre aquelas variáveis parece ter papel de mediação pura na relação entre estas variáveis. Para além disso, a explicação da regressão relativamente ao bem-estar psicológico aumenta consideravelmente em comparação com a explicação dada apenas pelas percepções de envelhecimento isoladamente ($R^2 = 4,1\%$ para $R^2 = 43,9\%$). Por outro lado, quando na regressão são incluídas as interacções das variáveis percepções de envelhecimento/apoio social percebido e percepções de envelhecimento/estado emocional (QPE x EPS e QPE x HADS) verifica-se que não existe qualquer alteração relativamente ao modelo resultante no qual a combinação apoio social percebido e estado emocional é considerada isoladamente com as percepções de envelhecimento.

No caso do grupo das pessoas divorciadas e viúvas a situação é bastante similar. Isto é, verifica-se que as percepções de envelhecimento não têm qualquer relação com o bem-estar psicológico, não só quando são consideradas isoladamente, como também quando se faz intervir o apoio social percebido e o estado emocional sendo, desta forma, o resultado inconclusivo. Contudo, quando se fazem intervir as interacções entre as variáveis percepções de envelhecimento/apoio social percebido e percepções de envelhecimento/estado emocional (QPE x EPS e QPE x HADS) verifica-se que a variabilidade do bem-estar psicológico é quase totalmente explicada pela interacção entre as variáveis percepções de envelhecimento/estado emocional (para o grupo dos divorciados $R^2 = 94,4\%$; para o grupo dos viúvos $R^2 = 90,5\%$). Isto significa que existe algum poder de moderação exercido pela variável estado emocional sobre o bem-estar psicológico. De facto, os modelos resultantes para estes dois grupos quer quando apenas as variáveis apoio social percebido e estado emocional são consideradas isoladamente, quer quando são consideradas conjuntamente com as respectivas interacções com as percepções de envelhecimento

explicam quase totalmente a variabilidade do bem-estar psicológico ($R^2 = 91,6\%$, $94,4\%$, $86,8\%$ e $90,5\%$).

O nível de habilitações literárias discrimina o efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico, já que os resultados obtidos diferem consoante o nível de habilitações. No caso das pessoas que possuem o 1º ciclo, os resultados parecem apontar para o facto de a combinação entre as variáveis apoio social percebido e estado emocional não terem papel de variáveis mediadoras nem moderadoras. De facto, quer a combinação entre estas variáveis isoladamente, quer conjuntamente com as respectivas interacções com as percepções de envelhecimento não explicam qualquer variabilidade do bem-estar psicológico, verificando-se apenas que a variável apoio social percebido mantém algum poder explicativo da variabilidade do bem-estar psicológico ($R^2 = 15,6\%$).

No caso das pessoas habilitadas com o 2º ciclo, a situação é aproximadamente similar. Os resultados apontam para o facto de a combinação entre as variáveis apoio social percebido e estado emocional não ter efeito mediador nem moderador, já que as percepções de envelhecimento mantêm-se excluídas do modelo. Mas, tomando em consideração que não existe relação significativa entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico, os resultados são inconclusivos quanto ao papel da combinação linear do apoio social percebido e do estado emocional. Contudo, quando se faz intervir as interacções do apoio social percebido e do estado emocional com as percepções de envelhecimento, no modelo surgem as percepções de envelhecimento em interacção com o estado emocional, para além de se manter a combinação linear entre o apoio social percebido e o estado emocional. Daqui, então, é possível especular-se que dado o facto do total explicativo do modelo em que entra essa interacção ser superior ($R^2 = 58,9\%$) ao valor explicativo do modelo quando entra apenas a combinação entre o apoio social percebido e o estado emocional ($R^2 = 48,4\%$), existe algum efeito moderador na eventual relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

No caso das pessoas habilitadas com o 3º ciclo, a situação é também similar aos casos anteriores, diferindo apenas pelo facto da variável apoio social percebido ser excluída dos modelos, quer quando entra apenas com o estado emocional, quer quando é considerada com as respectivas interacções. Por outro lado, também o estado emocional, isoladamente, é excluído do modelo quando na regressão entram as interacções das duas variáveis com as percepções de envelhecimento. Assim sendo, é possível concluir-se que, em primeiro lugar, os resultados são inconclusivos,

uma vez que não existe relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Em segundo lugar, dado o facto da variável apoio social percebido ser excluída nas duas situações e da variável estado emocional ser excluída quando isolada, mas mantém-se na regressão em que se consideram as interações com as percepções de envelhecimento, pode especular-se que o estado emocional poderá ter algum efeito de carácter moderador sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

No caso das pessoas habilitadas com ensino secundário, a situação é, mais uma vez, similar aos casos anteriores em que os resultados foram inconclusivos. Estes apontam para o facto de a combinação entre as variáveis apoio social percebido e estado emocional não terem efeito mediador nem moderador, pois as percepções de envelhecimento mantêm-se excluídas do modelo e, além disso, nem quando se faz intervir a interação as percepções de envelhecimento entram no modelo.

Por último, no caso das pessoas habilitadas com o ensino superior, verifica-se que as percepções de envelhecimento, quando consideradas isoladamente, têm relação significativa e algum poder explicativo da variabilidade do bem-estar psicológico, o que nunca aconteceu nos casos anteriores ($\beta = - 0,426$; $R^2 = 18,2\%$). Isto significa que as pessoas com este nível de habilitações avaliam o seu bem-estar psicológico, em parte, com base na percepção que têm do seu processo de envelhecimento. Por outro lado, verifica-se que, quando a combinação das variáveis apoio social percebido e estado emocional é considerada de forma isolada, esta absorve completamente o efeito das percepções de envelhecimento e, como tal, tem efeito de mediação pura relativamente à relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Quando na regressão intervém as interações, verifica-se que o estado emocional isoladamente sai do modelo, mas mantém-se em interação com as percepções de envelhecimento. O apoio social percebido mantém-se no modelo, mas não entra em interação com as percepções de envelhecimento. Isto parece significar que a variável estado emocional, para além de ter efeito mediador quando está em combinação com o apoio social percebido, apresenta algum efeito de carácter moderador quando é considerada em interação com as percepções de envelhecimento.

C. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, passa-se à sua discussão e apreciação críticas, tendo como referência o marco teórico desenvolvido no início do trabalho. Por questões de organização, serão discutidos os resultados de acordo com a estrutura usada no capítulo anterior começando pela caracterização da amostra em estudo, seguida das variáveis psicossociais e, por fim, a discussão das hipóteses e dos respectivos resultados relacionados com as variáveis sócio-demográficas (obtidos para cada hipótese).

11. Caracterização sócio-demográfica da amostra

Em termos sócio-demográficos, é possível verificar que estamos perante um grupo jovem, com uma média de idade muito próxima dos 43 anos. A maioria dos elementos da amostra está situada do grupo etário dos 30 aos 45 anos. As mulheres são o sexo predominante. Grande parte dos indivíduos referiram estarem casados ou viverem em união de facto. Relativamente ao agregado familiar, a vivência com família restrita (cônjuge e filhos) é a mais referida pelos indivíduos. Dada a idade grupo em estudo, grande parte deles encontram-se a laborar activamente, embora a situação de desemprego também tenha um peso significativo nesta amostra. As actividades laborais estão, maioritariamente, inseridas no sector terciário (profissões ligadas aos serviços). Por último, no que respeita às habilitações literárias, nesta amostra não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, uma vez que os indivíduos distribuem-se de forma equitativa pelos vários graus de ensino.

12. Caracterização das variáveis psicossociais

Foram vários os instrumentos de auto-preenchimento utilizados no presente estudo. À exceção do *Questionário das Percepções de Envelhecimento*, que ainda não tinha sido aplicado à população portuguesa, todos eles já foram aplicados e apresentaram boas características psicométricas. Contudo, optou-se por analisar as características psicométricas de todos instrumentos utilizados nesta amostra, até porque se desconhece estudos concretos sobre este tema e com os grupos etários utilizados no presente estudo. Desta forma, pretende-se criar dados para estudos futuros ou proporcionar a comparação com outros estudos que utilizem os mesmos instrumentos ou que tencionem investigar as variáveis aqui consideradas.

Assim sendo, nesta amostra verificou-se que, em geral, o *Questionário das Percepções de Envelhecimento* apresenta uma boa consistência interna, contudo é possível salientar três subescalas que se encontram abaixo ou no limiar daquilo que é estatisticamente aceite – Duração Crónica, Consequências Positivas e Controlo Positivo.

A *Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida* apresenta uma boa consistência interna, embora menos forte do ponto de vista estatístico quando comparada com o artigo de validação (de referir que o artigo de validação aqui considerado corresponde à versão completa, uma vez que não foi possível aceder ao artigo de validação da versão reduzida). Os alfas das subescalas, nesta amostra, evidenciam valores abaixo daquilo que é considerado estatisticamente aceite, ao contrário dos valores obtidos no estudo de validação para a população portuguesa.

A *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* apresenta neste estudo uma boa consistência interna, contudo não existe comparação com o estudo original para a escala total, pois os autores não apresentam o valor de alfa obtido na escala total. Quanto às subescalas é na dimensão Depressão que o valor de consistência interna mais difere do artigo original, sendo mais baixo neste estudo.

O *Questionário de Estado de Saúde* evidencia boas características psicométricas mas, mais uma vez, não é apresentado o valor de alfa do questionário na sua totalidade no artigo original. Os valores de alfa das subescalas andam muito próximos dos valores obtidos no estudo de validação, no entanto é possível salientar valores mais elevados nas subescalas Dor e Saúde em Geral.

Na *Escala de Provisões Sociais*, os valores de consistência interna são bastante aceitáveis do ponto de vista psicométrico. Quanto às subescalas, quando

comparadas com o artigo original, verifica-se que os valores de alfa estão muito próximos uns dos outros.

Quanto ao *Inventário de Sintomas Psicopatológicos*, não é apresentado no estudo de validação o valor de consistência interna para a escala total, no entanto, nesta amostra, o valor obtido é bastante aceitável do ponto de vista psicométrico. Relativamente às subescalas, os valores estão próximos dos que foram obtidos no estudo de validação, contudo verificou-se valores de consistência interna mais baixos nas dimensões Sensibilidade Interpessoal e Hostilidade.

Resumindo, as características psicométricas dos instrumentos utilizados no presente estudo, na globalidade, mostram que são instrumentos válidos e fiáveis e passíveis de serem administrados e generalizados à população portuguesa (embora com alguma reserva, pois esta amostra é aproximadamente aleatória). Isto também pode ser comprovado pela correlação da validade das escalas e pela Análise de Componentes Principais (Exploratória) efectuada, pois ela mostra que as subescalas apresentam uma carga factorial entre valores médios a excelentes (entre 0,67 até aproximadamente 1), sugerindo que os participantes no estudo conseguiram diferenciar as várias dimensões através dos seus itens. Em alguns dos instrumentos, mais propriamente nas subescalas, verificam-se baixos valores de alfa, alguns até abaixo dos valores que são estatisticamente aceites. Isto pode ser justificado com o facto de se estar a utilizar amostras reduzidas e versões reduzidas dos questionários (como por exemplo, a *Escala de Bem-Estar Psicológico*) ou então, ainda pode ser justificado com o facto de se estar perante uma amostra que concorda com as respostas que são mais adequadas socialmente (efeito da desejabilidade social), ou que assinala as respostas de modo quase aleatório, sem qualquer critério, ou ainda que falsifica as respostas de modo intencional, de forma a dar uma imagem oposta à realidade ou até ter uma tendência para concordar ou discordar com uma resposta (Pais-Ribeiro, 2008).

13. Hipótese 1

Na primeira hipótese previa-se que as percepções de envelhecimento, conjuntamente com a avaliação que as pessoas fazem do seu estado de saúde e dos seus sintomas psicopatológicos influenciariam, de forma significativa, a percepção do seu bem-estar psicológico. Quando se utilizou a regressão *stepwise* usando índices, esta hipótese foi apenas parcialmente confirmada, uma vez que a percepção que as pessoas têm do seu envelhecimento parece não ter influência significativa na percepção do seu bem-estar psicológico. Isto pode ser justificado pelo facto da população alvo ser uma população jovem e que ainda não tem muita preocupação com a sua velhice.

Mais concretamente, verifica-se que quando um indivíduo percebe positivamente o seu estado de saúde e negativamente os sintomas psicopatológicos, o seu bem-estar psicológico aumenta. Pelo contrário, quando o indivíduo percebe negativamente o seu estado de saúde e positivamente os sintomas psicopatológicos, o seu bem-estar psicológico diminui. Estas conclusões vão ao encontro dos estudos efectuados que mostram que o bem-estar psicológico é bastante sensível ao nosso estado de saúde física e psicológica (Collins, Goldman & Rodríguez, 2008; Llewellyn, Lang, Langa & Huppert, 2008; Ryan & Willits, 2007)

No entanto, quando se utilizou a regressão *stepwise* usando subescalas, a hipótese foi melhor confirmada, uma vez que pelo menos uma dimensão do *Questionário das Percepções de Envelhecimento* também contribuiu para a explicação da variação do bem-estar psicológico dos indivíduos, sugerindo que a monitorização do processo de envelhecimento é algo benéfico para a saúde psicológica dos indivíduos (Barker et al., 2007). Além disso, o uso das subescalas (dimensões) permite perceber melhor que tipo de condições ou estados influenciam (negativa ou positivamente) o bem-estar psicológico de uma pessoa.

Assim, pode-se dizer que quando os indivíduos avaliam positivamente o seu estado mental e a sua saúde em geral, e percebem um controlo positivo do seu processo de envelhecimento, o seu bem-estar psicológico aumenta. No entanto, a existência de um estado de ansiedade em termos de sintomas provoca uma diminuição do bem-estar psicológico. É, pois, a combinação da percepção individual destas quatro condições que determinam nas pessoas deste grupo alvo o valor do seu bem-estar psicológico.

13.1. Caracterização das variáveis sócio-demográficas relativamente à Hipótese 1

Quando se analisa os dados demográficos, verifica-se que as percepções de envelhecimento foram excluídas do modelo resultante da regressão nos três grupos de idade, tal como aconteceu globalmente, sugerindo que a idade parece não estar associada à percepção que as pessoas têm do seu processo de envelhecimento. Logo, esta variável, mostra que não tem influência significativa no bem-estar psicológico dos indivíduos. Por outro lado, também se verifica que, com o avançar da idade, a variação do bem-estar psicológico é melhor estimada pelos sintomas psicopatológicos do que pela percepção do estado de saúde. Isto mostra que quando os indivíduos dão mais importância aos sintomas psicopatológicos valorizam menos o estado de saúde. Apenas no grupo das pessoas mais jovens (30-45 anos), o bem-estar psicológico é melhor estimado pela percepção do estado de saúde do que pela percepção dos sintomas psicopatológicos, sugerindo que os mais jovens preocupam-se mais com a sua saúde física do que com a sua saúde mental.

Relativamente ao género, tal como aconteceu globalmente, as percepções de envelhecimento foram excluídas do modelo resultante da regressão (em ambos os géneros), o que pode querer sugerir que o género parece não estar associado ao facto da percepção que as pessoas têm do seu processo de envelhecimento não ter influência significativa na percepção do bem-estar psicológico. Por outro lado, tanto as mulheres, como os homens consideram que a sua percepção de bem-estar psicológico é melhor estimada pela percepção do estado de saúde do que pela percepção dos sintomas psicopatológicos.

No que se refere ao estado civil, as percepções de envelhecimento foram excluídas do modelo resultante da regressão nos grupos dos solteiros e casados/união de facto, tal como aconteceu globalmente, o que parece mostrar que as pessoas nesta situação seguem o padrão global, isto é, não deixam transparecer que a sua percepção acerca do envelhecimento tenha qualquer influência significativa no seu bem-estar psicológico. Além disso, nos grupos acima referenciados, o bem-estar psicológico é influenciado pelo estado de saúde e pelos sintomas psicopatológicos, sendo possível especular que esta conclusão está em consonância com os resultados obtidos quando a amostra foi discriminada pela idade. Isto é, nos grupos etários de idade mais avançada, o bem-estar psicológico é melhor estimado pelos sintomas psicopatológicos do que pela percepção do estado de saúde. Assim, partindo do

princípio que o grupo dos solteiros e dos casados/união de facto terão uma idade mais baixa do que os divorciados e os viúvos, a explicação poderá estar no efeito idade.

Por razões não detectadas, nas pessoas divorciadas, a percepção que as pessoas têm do seu bem-estar psicológico é melhor estimada pelo conjunto dos três indicadores. Isto parece querer dizer que as pessoas divorciadas não se restringem às suas percepções do estado de saúde e/ou dos seus sintomas psicopatológicos para estimar o seu bem-estar psicológico, dando também relevo à sua percepção de envelhecimento. Provavelmente, não só a sua maturidade adquirida ao longo da vida (partindo do princípio que as pessoas divorciadas pertencem a grupos com mais idade do que os outros dois grupos – solteiros e casados/união de facto) como ainda as vicissitudes que experimentaram com o processo de divórcio, tornou-as mais conscientes da realidade da vida humana.

Sobre o grupo das pessoas viúvas não é possível dizer o que quer que seja, uma vez que os resultados são inconclusivos, isto é, a regressão *stepwise* nem sequer foi efectuada. De facto, as razões pelas quais isto acontece baseiam-se no facto de a regressão globalmente não ser significativa e qualquer das variáveis não terem correlação significativa com o bem-estar psicológico.

Face ao facto de o índice de envelhecimento ter sido excluído de todos os modelos de regressão, aparentemente é possível dizer-se que a variável habilitações literárias não tem qualquer influência no poder explicativo das percepções de envelhecimento. Isto é, a percepção que as pessoas têm relativamente à eventual influência das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico, não varia em função do seu nível de escolaridade, tal como acontece globalmente. Esta variável é, no entanto, uma característica relativamente discriminante quanto à natureza e poder explicativo dos outros dois índices considerados na análise – estado de saúde e sintomas psicopatológicos. Isto é, as pessoas com nível de ensino diferente valorizam de forma diferente as características destes dois índices em termos de explicação do seu estado de bem-estar psicológico.

14. Hipótese 2

Mediante os resultados obtidos através da análise de regressão, inicialmente, a intervenção do apoio social percebido parecia ter um papel de variável mediadora, pois o valor de β das percepções de envelhecimento enfraqueceu aquando da inclusão no modelo da variável apoio social percebido. Contudo, quando se fez intervir a variável apoio social percebido mais a sua interação com as percepções de envelhecimento, verificou-se um aumento do contributo explicativo quer da variável percepções de envelhecimento, quer da variável apoio social percebido.

Por todos estes factos, parece poder concluir-se que a variável apoio social percebido tem, essencialmente, um efeito moderador sobre o contributo explicativo das percepções de envelhecimento na variação do bem-estar psicológico. Isto mostra que, o apoio social percebido, parece contribuir, de forma decisiva e significativa, para que um indivíduo percepcione o seu processo de envelhecimento como factor relevante para o seu bem-estar psicológico. Quer isto dizer que, ao contrário do que sucede quando a pessoa não sente que tem apoio social, em que a percepção do processo de envelhecimento influencia negativamente o seu bem-estar psicológico, o processo de envelhecimento é percepcionado de forma positiva tendo efeito positivo no bem-estar psicológico. Desta forma, é possível concluir que se confirma a hipótese formulada.

14.1. Caracterização das variáveis sócio-demográficas relativamente à Hipótese 2

Os dados demográficos relativos à Hipótese 2 indicam que a idade discrimina relativamente ao efeito que a variável apoio social percebido parece ter sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. No grupo etário dos 30-45 anos, o apoio social percebido parece contribuir, de forma decisiva e significativa, para que os indivíduos percepcionem o seu processo de envelhecimento como factor relevante para o seu bem-estar psicológico.

Por outro lado, os indivíduos com idades compreendidas entre 46 e os 54 anos parecem não dar qualquer valor às percepções de envelhecimento quando pretendem explicar o seu bem-estar psicológico, mesmo quando percepcionam ter apoio social.

Pode assim dizer-se que, para os indivíduos deste grupo etário, a percepção do apoio social não tem efeito aparente relativamente ao papel da percepção do processo de envelhecimento.

No terceiro grupo etário (55-64 anos), em que seria de esperar que a intervenção do apoio social percebido tivesse efeito moderador sobre as percepções de envelhecimento, isto é, que o processo de envelhecimento tivesse mais visibilidade sobre o bem-estar psicológico pelo efeito do apoio social percebido, tal não acontece, uma vez que as percepções de envelhecimento são excluídas do modelo resultante. A exclusão acontece quando é considerada a sua interacção com o apoio social percebido. Contudo, essa interacção faz aumentar o poder explicativo da variável apoio social percebido, sendo o aumento visível quando se compara o poder explicativo do apoio social percebido considerado apenas com as percepções de envelhecimento. Isto poderá significar que, ao contrário do que sucede nos outros dois grupos etários, e globalmente, são as percepções de envelhecimento que têm efeito sobre a relação do apoio social percebido com o bem-estar psicológico. Por outras palavras, o apoio social percebido é mais valorizado quando as pessoas têm alguma percepção de que o seu processo de envelhecimento influencia o seu bem-estar psicológico.

O género tem efeito discriminante relativamente à forma como as percepções de envelhecimento influenciam o bem-estar psicológico. Nas pessoas do género feminino, o apoio social percebido não tem, aparentemente, qualquer efeito (mediador ou moderador) sobre a forma como as percepções de envelhecimento poderão influenciar o bem-estar psicológico. Nas pessoas do género masculino, o apoio social percebido tem, aparentemente, efeito mediador na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

O facto de a percepção de envelhecimento não apresentar qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico no grupo de pessoas do género feminino, quer isoladamente, quer com a intervenção do apoio social percebido, parece querer significar que a percepção que as mulheres têm do seu processo de envelhecimento não influencia significativamente o seu bem-estar psicológico, mesmo quando percebem o apoio social. Pelo contrário, a percepção que os homens têm do seu processo de envelhecimento parece influenciar, de forma significativa, embora moderadamente, o seu bem-estar psicológico.

O estado civil tem, tal como se tem verificado nas outras variáveis sócio-demográficas, efeito discriminante relativamente à forma como as percepções de

envelhecimento influenciam o bem-estar psicológico. No grupo dos solteiros, o apoio social percebido tem, aparentemente, efeito mediador sobre a forma como as percepções de envelhecimento poderão influenciar o bem-estar psicológico. No caso do grupo dos casados/união de facto, o apoio social percebido tem, aparentemente, efeito moderador-mediador sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

Quanto ao grupo dos divorciados e dos viúvos, o apoio social percebido aparenta não ter qualquer papel (de mediação ou moderação) sobre a eventual relação das percepções de envelhecimento com o bem-estar psicológico. Isto pode levar à especulação de que o facto de estas pessoas terem “deixado de ter um(a) companheiro(a) permanente” poderá ter qualquer influência na percepção que têm do seu processo de envelhecimento e, conseqüentemente, da relação que essa percepção poderá provocar no bem-estar psicológico, mesmo quando percebem ter apoio social. Daqui se pode concluir que as pessoas divorciadas e viúvas parecem não perceber o seu bem-estar psicológico em função do seu processo de envelhecimento, mesmo nas situações em que sentem ter apoio social. Isto significa que estes indivíduos perceberão o seu bem-estar psicológico em função de outros factores não identificados neste estudo.

As habilitações literárias têm efeito discriminante relativamente à forma como as percepções de envelhecimento influenciam o bem-estar psicológico. Contudo, os resultados indicam a existência de uma diferença entre os indivíduos habilitados com o ensino superior e os indivíduos com níveis habilitacionais inferiores.

O facto de as percepções de envelhecimento apenas apresentarem relação significativa com o bem-estar psicológico no grupo de indivíduos que possuem o ensino superior, parece querer indicar que as pessoas com mais habilitações literárias são aquelas que estão mais sensíveis para avaliar o bem-estar psicológico em função do processo de envelhecimento. Por outro lado, é mais evidente nas pessoas habilitadas com ensino superior, o efeito mediador que o apoio social percebido, aparentemente, desempenha sobre a eventual relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

15. Hipótese 3

Os resultados obtidos na análise de regressão da Hipótese 3 indicam que quando o estado emocional intervém parece que esta variável tem um papel de mediação pura, pois a variável percepções de envelhecimento deixa de contribuir significativamente para a explicação da variação do bem-estar psicológico, sendo excluída do modelo. Quando se faz intervir o estado emocional mais a sua interacção com as percepções de envelhecimento, verifica-se que não existe alterações em relação à situação anterior, reforçando-se a conclusão de que a variável estado emocional tem um papel fortemente mediador relativamente ao efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico.

Assim sendo, parece poder concluir-se que quando uma pessoa se encontra num estado emocional ansioso ou deprimido, a sua percepção do processo de envelhecimento não tem efeito sobre o seu bem-estar psicológico. Pode assim dizer-se que se confirma a hipótese formulada.

15.1. Caracterização das variáveis sócio-demográficas relativamente à Hipótese 3

Os dados demográficos referentes à Hipótese 3 apontam no sentido da idade ter algum efeito discriminante relativamente ao efeito que a variável estado emocional parece ter sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

No grupo etário dos 30-45 anos, o estado emocional parece ter, essencialmente, efeito mediador sobre o contributo explicativo das percepções de envelhecimento na variação do bem-estar psicológico. Seguindo este resultado, é então possível dizer que o estado emocional contribui, de forma decisiva e significativa, para que os indivíduos com idades compreendidas entre 30 e 45 anos não percepcionem o seu processo de envelhecimento como factor relevante para o seu bem-estar psicológico.

Indivíduos com idades compreendidas entre 46 e 54 anos aparentam não dar qualquer valor às percepções de envelhecimento para a explicação do seu bem-estar

psicológico, mesmo quando estão ansiosos e/ou deprimidos. Assim, parece ser possível afirmar que para os indivíduos entre os 46 e os 54 anos estar ansioso e/ou deprimido não afecta, aparentemente, a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

No terceiro grupo de idades (55-64 anos), em que seria expectável que as percepções de envelhecimento tivessem mais visibilidade sobre o bem-estar psicológico pelo efeito do estado emocional, tal não acontece, pois as percepções de envelhecimento são excluídas do modelo final quando é considerada a sua interacção com o estado emocional. Além disso, também o estado emocional, isoladamente, não tem qualquer efeito directo sobre o bem-estar psicológico, sendo excluído do modelo final quando se considera a sua interacção com as percepções de envelhecimento. Por tudo isto, os resultados sugerem que o estado emocional e as percepções de envelhecimento estejam algo misturadas e, assim sendo, o bem-estar psicológico destes indivíduos é parcialmente o resultado desta interacção (mistura).

Quanto ao género, os resultados apontam no sentido de haver uma discriminação relativamente à forma como as percepções de envelhecimento influenciam o bem-estar psicológico, mas não discrimina relativamente ao papel do estado emocional na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

No género feminino, as percepções de envelhecimento não apresentam qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico, quer isoladamente, quer com a intervenção do estado emocional, parecendo querer dizer que a percepção que as mulheres têm do seu processo de envelhecimento não tem influência significativa no seu bem-estar psicológico, mesmo estando ansiosas e/ou deprimidas. Além disso, não é aparente se o estado emocional tem qualquer efeito (mediador ou moderador) sobre a forma como as percepções de envelhecimento poderão influenciar o bem-estar psicológico. Relativamente ao género masculino, o estado emocional tem, aparentemente, efeito mediador forte sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

A única diferença relevante entre os géneros reside no facto do estado emocional ter maior poder explicativo nas mulheres do que nos homens em relação à variação do bem-estar psicológico.

Também o estado civil tem efeito discriminante relativamente à forma como as percepções de envelhecimento influenciam o bem-estar psicológico e, ainda, relativamente ao papel do estado emocional. No grupo dos solteiros, o estado

emocional tem, aparentemente, efeito de mediação pura sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. No grupo dos indivíduos casados/união de facto, o estado emocional tem aparentemente, tal como aconteceu no grupo dos solteiros, efeito de mediação pura sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Isto leva-nos a pensar que os indivíduos destes dois estados civis avaliam o seu bem-estar psicológico de acordo com o seu estado emocional e não de acordo com as suas percepções de envelhecimento.

O facto das percepções de envelhecimento não apresentarem qualquer relação significativa com o bem-estar psicológico no grupo dos divorciados e no grupo dos viúvos parece sugerir que o facto de as pessoas terem “deixado de ter companheiro(a) formal” poderá ter alguma influência na percepção do seu processo de envelhecimento e, conseqüentemente, na relação que poderia ter no seu bem-estar psicológico, mesmo quando se sentem ansiosos e/ou deprimidos. Em ambos os grupos, o estado emocional aparenta não ter qualquer papel de mediação ou de moderação sobre a eventual relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Pelo contrário, verifica-se que tanto os indivíduos divorciados como os viúvos avaliam o seu bem-estar psicológico em função, quase exclusivamente, do seu estado emocional. Isto pode levar-nos a especular, mais uma vez, que o facto de estas pessoas terem “deixado de ter um(a) companheiro(a) permanente” poderá ter alguma influência na percepção que têm do seu processo de envelhecimento e, conseqüentemente, na relação que essa percepção poderia ter no bem-estar psicológico.

O nível de habilitações tem efeito discriminante relativamente à forma como as percepções de envelhecimento influenciam o bem-estar psicológico. Existe uma diferença entre pessoas habilitadas com ensino superior e pessoas com níveis habilitacionais mais baixos. Mais especificamente, no que se refere ao papel do estado emocional na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico, verifica-se um maior poder discriminante da variável estado emocional entre o grupo que compõe o 1º ciclo e os grupos de habilitações superiores.

No grupo de indivíduos que possuem o 1º ciclo, os resultados apontam para o facto de não haver mediação ou moderação visível por parte do estado emocional que os indivíduos possam estar a sentir.

No grupo que compõe o 2º ciclo e o ensino secundário, embora do ponto de vista estatístico não se possa afirmar, os resultados apontam para que o estado

emocional “abafe” qualquer eventual relação que possa existir entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

Os indivíduos habilitados com o ensino superior parecem estar mais despertos para avaliar o seu bem-estar psicológico em função do seu processo de envelhecimento. Poder-se-á especular, mediante os resultados obtidos com esta amostra, que a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico aumenta com o nível de habilitações. Por outro lado, é mais evidente nas pessoas habilitadas com ensino superior, o efeito mediador que o estado emocional, aparentemente, desempenha sobre a forma como as percepções de envelhecimento poderão influenciar o bem-estar psicológico. Assim sendo, parece ser possível dizer que os indivíduos habilitados com o ensino superior avaliam o seu bem-estar psicológico em função do processo de envelhecimento, embora essa percepção seja mediada pelo estado emocional.

16. Hipótese 4

A intervenção do apoio social percebido e do estado emocional, em conjunto, parecem ter um papel de mediação pura, já que a variável percepções de envelhecimento sai do modelo resultante e deixa de ter um contributo significativo para a explicação da variação do bem-estar psicológico. Quando se faz intervir o conjunto das duas variáveis mais as respectivas interações no modelo de regressão, verifica-se que não existe qualquer alteração em relação à situação anterior, concluindo-se que as duas variáveis em conjunto têm efeito mediador relativamente ao contributo das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico.

Desta forma, parece poder concluir-se que quando uma pessoa sente que tem apoio social e o seu estado emocional é ansioso e/ou deprimido, a sua percepção do processo de envelhecimento não tem qualquer efeito sobre o seu bem-estar psicológico. Pode assim dizer-se que se confirma parcialmente a hipótese formulada.

16.1. Caracterização das variáveis sócio-demográficas relativamente à Hipótese 4

Os dados demográficos referentes à Hipótese 4 apontam no sentido da idade ter algum efeito discriminante relativamente ao efeito que as variáveis apoio social percebido e estado emocional parecem ter sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. No grupo de idades mais baixas (30-45 anos), a combinação entre o apoio social percebido e o estado emocional parece ter, essencialmente, efeito mediador sobre o contributo explicativo das percepções de envelhecimento na variação do bem-estar psicológico. Isto significa que a combinação destas duas variáveis contribui, de forma decisiva e significativa, para que as pessoas com idades compreendidas entre 30 e 45 anos não considerem as percepções de envelhecimento relevantes para a explicação da variação do bem-estar psicológico.

As pessoas com idades compreendidas entre 46 e 54 anos parecem não dar qualquer valor às percepções de envelhecimento para explicar o seu bem-estar psicológico, mesmo quando percebem ter apoio social. Quando se combina o

apoio social percebido com o estado emocional parece não haver qualquer efeito na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

No terceiro grupo de idades, entre os 55 e 64 anos de idade, em que seria expectável que as percepções de envelhecimento tivessem maior visibilidade sobre o bem-estar psicológico, tal não acontece, uma vez que as percepções de envelhecimento são excluídas do modelo resultante quando é considerada a sua interacção com o estado emocional. Por outro lado, também o estado emocional, em combinação com o apoio social percebido e em interacção com as percepções de envelhecimento, não tem qualquer efeito directo sobre o bem-estar psicológico, sendo excluído do modelo final. Desta forma, verifica-se que neste grupo de idades o papel do apoio social percebido tem maior relevância sobre a eventual relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

Quanto ao género, verifica-se que este tem efeito discriminante relativamente à forma como as percepções de envelhecimento influenciam o bem-estar psicológico. De facto, enquanto que para o género feminino, o efeito da combinação do apoio social percebido com o estado emocional sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico não é visível (inconclusivo), para o género masculino, o efeito da mesma combinação linear é evidente e tem natureza de pura mediação. Assim, para as pessoas do género feminino, o estado emocional tem maior poder explicativo do que o apoio social percebido sobre a forma como as mulheres avaliam o seu bem-estar psicológico. Para o género masculino, a situação inverte-se, pois é o apoio social percebido que tem maior poder explicativo sobre a forma como os homens avaliam o seu bem-estar psicológico, do que o estado emocional. A única diferença entre géneros reside no facto do estado emocional ter maior poder explicativo nas mulheres do que nos homens e o apoio social percebido tem maior poder explicativo nos homens do que nas mulheres em relação à forma como avaliam o seu bem-estar psicológico.

Também o estado civil apresenta um efeito discriminante relativamente à forma como as percepções de envelhecimento influenciam o bem-estar psicológico e, ainda, relativamente ao papel do estado emocional. No grupo dos solteiros, o apoio social percebido combinado com o estado emocional tem, aparentemente, forte efeito de mediação sobre a forma como as percepções de envelhecimento poderão influenciar o bem-estar psicológico. Contudo, verifica-se também a existência de algum efeito de moderação, uma vez que as percepções de envelhecimento entram na equação em interacção com o estado emocional e com o apoio social percebido.

No grupo dos casados/união de facto, o apoio social percebido combinado com o estado emocional tem, aparentemente, efeito de mediação pura sobre a forma como as percepções de envelhecimento poderão influenciar o bem-estar psicológico.

No que respeita ao grupo das pessoas divorciadas e viúvas, a combinação entre o apoio social percebido e o estado emocional aparenta não ter qualquer papel de mediação sobre a eventual relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Pelo contrário, verifica-se que as pessoas divorciadas e viúvas avaliam o seu bem-estar psicológico em função quase exclusivamente do seu estado emocional, embora as percepções de envelhecimento também entrem no modelo de regressão em interacção com o estado emocional. Isto pode levar-nos a especular que o facto de estas pessoas terem “deixado de ter um(a) companheiro(a) permanente” poderá ter qualquer influência na percepção que têm do seu processo de envelhecimento e, conseqüentemente, na relação que essas percepções poderão ter no bem-estar psicológico, fundamentalmente devido ao estado emocional em que se encontram. Assim, é possível concluir que as pessoas divorciadas e viúvas parecem não explicar o seu bem-estar psicológico em função das suas percepções de envelhecimento, mesmo em situações nas quais se sentem mais ansiosas e/ou deprimidas.

O nível de habilitações literárias tem efeito discriminante relativamente à forma como as percepções de envelhecimento influenciam o bem-estar psicológico, havendo uma diferença entre pessoas com níveis habilitacionais mais baixos e mais elevados. Nas pessoas com habilitações ao nível do 1º ciclo, os resultados apontam para o facto de não haver mediação ou moderação visível por parte do apoio social percebido e do estado emocional que as pessoas possam sentir, por isso, os resultados são inconclusivos.

Nas pessoas com o 2º ciclo de habilitações, embora do ponto de vista estatístico não se possa afirmar, os resultados permitem especular que o estado emocional tem algum efeito moderador na eventual relação que possa existir entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico, uma vez que na regressão em que entram as interacções a interacção percepções de envelhecimento/estado emocional mantém-se no modelo.

Nas pessoas que possuem o Ensino Secundário, os resultados são inconclusivos, embora pelo facto das percepções de envelhecimento se manterem fora do modelo mesmo em interacção com as duas variáveis (apoio social percebido e

estado emocional) pode especular-se que a combinação linear entre estas variáveis poderá ter papel essencialmente mediador.

As pessoas habilitadas com o ensino superior parecem estar mais despertas para avaliar o seu bem-estar psicológico em função do seu processo de envelhecimento. Poderá ainda especular-se que a percepção desta relação (negativa) entre o processo de envelhecimento e o bem-estar psicológico aumenta com o nível de habilitações literárias. Por outro lado, é mais evidente nas pessoas habilitadas com o ensino superior o efeito mediador que o apoio social percebido combinado com o estado emocional, aparentemente, desempenha sobre a forma como as percepções de envelhecimento poderão influenciar o bem-estar psicológico. Assim sendo, parece poder dizer-se que as pessoas habilitadas com o ensino superior avaliam o seu bem-estar psicológico em função das suas percepções de envelhecimento, e consideram que quanto maior for o seu estado de envelhecimento pior será o seu bem-estar psicológico. Contudo, esta percepção é mediada pela combinação do apoio social percebido com o estado emocional.

D. RESUMOS DOS RESULTADOS

Inicialmente caracterizou-se a amostra em estudo. Verificou-se que é uma amostra jovem, predominantemente do sexo feminino. A maioria dos indivíduos são casados ou vivem em união de facto, consequentemente vivem com a família restrita, ou seja, com o cônjuge e filhos. Grande parte dos indivíduos que compõem a amostra está a trabalhar actualmente, sendo que as profissões pertencem maioritariamente ao sector dos serviços.

A primeira hipótese previa que as percepções de envelhecimento conjuntamente com a avaliação do estado de saúde e dos sintomas psicopatológicos influenciavam a percepção do bem-estar psicológico. Analisada através dos índices globais, esta hipótese foi apenas parcialmente confirmada, já que não parece haver influência das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico. Quando analisada através das subescalas, verificou-se que a hipótese é melhor confirmada, pois uma dimensão das percepções de envelhecimento entra para explicar a variabilidade do bem-estar psicológico.

Relativamente aos dados demográficos referentes à primeira hipótese, de uma forma geral, é possível dizer que as variáveis idade, género, estado civil (mas apenas o grupo dos solteiros e casados/união de facto) e habilitações literárias não parecem ter qualquer influência no poder explicativo das percepções de envelhecimentos sobre o bem-estar psicológico, ou seja, este não varia em função destas variáveis sócio-demográficas. Contudo, na variável estado civil, mais especificamente no grupo dos divorciados, a percepção do envelhecimento contribui para explicar a variação do bem-estar psicológico.

Na segunda hipótese esperava-se que a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico fosse mediada ou moderada pelo apoio social percebido. Esta hipótese foi confirmada quando se introduziu na regressão a interacção entre o apoio social percebido e as percepções de envelhecimento, tendo o apoio social percebido o papel de variável moderadora.

Quanto aos dados demográficos referentes à segunda hipótese, verificou-se que, no primeiro grupo etário, o apoio social percebido contribui para a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico; no segundo grupo, o apoio social percebido não teve efeito na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico; no último grupo etário, foram as percepções de envelhecimento que influenciaram a relação entre o apoio social

percebido e o bem-estar psicológico. Na variável género, o apoio social percebido, aparentemente, enquanto variável mediadora, influencia a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Na variável estado civil, apenas no grupo dos solteiros e dos casados/união de facto, tem efeito (de mediação/moderação ou ambos) sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Por último, há uma diferença entre os indivíduos com habilitações literárias mais elevadas e os indivíduos com habilitações inferiores, sendo os indivíduos habilitados com o ensino superior mais sensíveis a explicar o seu bem-estar psicológico em função das percepções de envelhecimento.

A terceira hipótese, idêntica à anterior, previa que a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico fosse mediada ou moderada pelo estado emocional. Mais uma vez a hipótese foi confirmada, pois em ambas as situações, ou seja, quando o estado emocional foi introduzido na regressão isoladamente e em interacção com as percepções de envelhecimento, ele teve um papel fortemente mediador relativamente ao efeito das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico.

Os dados demográficos referentes à terceira hipótese sugerem para o primeiro grupo etário uma influência do estado emocional, enquanto variável mediadora, na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. No segundo grupo, o estado emocional, aparentemente, não afecta a relação entre aquelas. Para o terceiro grupo, os resultados sugerem uma mistura entre o estado emocional e as percepções de envelhecimento, sendo que ambos influenciam o bem-estar psicológico. Quanto ao género, existem duas diferenças a destacar: apenas no género masculino os resultados apontam para uma forte mediação do estado emocional sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico; o estado emocional tem maior poder explicativo no género feminino em relação à variação do bem-estar psicológico. Relativamente ao estado civil, o grupo dos solteiros e dos casados/união de facto avaliam o seu bem-estar psicológico em função do estado emocional e não das percepções de envelhecimento. No grupo dos divorciados e dos viúvos, o estado emocional aparentemente não tem qualquer papel de mediação ou moderação face à eventual relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Na variável habilitações literárias, são os indivíduos habilitados com o ensino superior que mais valorizam as percepções de envelhecimento no momento de avaliar o bem-estar psicológico, embora haja uma mediação do estado emocional.

A quarta hipótese previa que o apoio social percebido e o estado emocional, conjuntamente, tivessem efeito mediador ou moderador sobre o contributo que as percepções de envelhecimento dão para explicar a variabilidade do bem-estar psicológico. Verificou-se que quando as variáveis apoio social percebido e estado emocional são introduzidas e, posteriormente, se faz intervir as respectivas interações, estas tiveram efeito mediador relativamente ao contributo das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico, confirmando-se parcialmente a hipótese.

Os dados demográficos que dizem respeito à quarta hipótese sugerem no que respeita aos grupos etários, é no grupo com idades compreendidas entre os 30 e os 45 anos que se considera que as percepções de envelhecimento são importantes para explicar o bem-estar psicológico. Os outros dois grupos etários parecem desvalorizar as percepções de envelhecimento, sendo no grupo etário dos 55-64 anos de idade que mais se valoriza o apoio social percebido no momento de avaliar o bem-estar psicológico. Quanto ao género, é importante destacar que o estado emocional tem maior poder explicativo nas mulheres, enquanto que o apoio social percebido tem maior poder explicativo nos homens. Relativamente ao estado civil, é no grupo dos divorciados e viúvos que as percepções de envelhecimento parecem, embora não na totalidade, deixar de ter importância na explicação do bem-estar psicológico para dar lugar ao estado emocional nessa explicação. No que respeita ao nível de habilitações literárias, são as pessoas habilitadas com o ensino superior que dão maior relevância às percepções de envelhecimento no momento de explicar o seu bem-estar psicológico, embora esta eventual relação seja mediada pelo apoio social percebido e pelo estado emocional.

E. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Estão subjacentes a este estudo algumas limitações e, como tal, os resultados devem ser interpretados tendo em conta estas limitações. As principais limitações do estudo prendem-se com o tipo de amostragem utilizada. É uma amostra próxima da aleatoriedade, mas não é completamente aleatória, o que interfere na sua representatividade. Isto implica que os resultados não possam ser generalizados à população. O método de amostragem utilizado facilita a aplicação dos questionários, no sentido de se obter uma grande quantidade de questionários respondidos em pouco tempo.

Uma outra limitação está relacionada com o facto de o estudo estar confinado a uma área geográfica restrita, o que também contribui para que os resultados não possam ser generalizados a nível regional ou nacional. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado com uma amostra aleatória e com uma representatividade geográfica mais alargada.

Este trabalho também padece das limitações inerentes à utilização de instrumentos de auto-preenchimento, nomeadamente os problemas de desejabilidade social que não foi possível controlar e que poderão ter enviesado positivamente as respostas dadas.

Apesar destas limitações, o estudo apresenta aspectos positivos do ponto de vista metodológico que o enriquecem. Destaca-se a utilização, pela primeira vez, em Portugal, do *Questionário das Percepções de Envelhecimento*, que permitiu avaliar a percepção que os indivíduos têm relativamente às dimensões do seu envelhecimento, podendo este ser utilizado em estudos futuros, uma vez que revelou ter boas características psicométricas. Além disso, é um estudo que pode ser referência para outras investigações, pois foi utilizada uma faixa etária que não tem sido alvo de muita investigação, o que dificulta a obtenção de informação relativamente a dados já obtidos.

F. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DO ESTUDO

Este trabalho tinha como finalidade investigar a relação entre as percepções de envelhecimento e do estado de saúde sobre o bem-estar psicológico, tendo como variáveis mediadoras ou moderadoras o apoio social percebido e o estado emocional. Os resultados apontam para uma influência do estado de saúde física e mental sobre o bem-estar psicológico, muito mais do que para uma influência das percepções de envelhecimento sobre o bem-estar psicológico. Estes dados podem estar de acordo com a faixa etária utilizada neste estudo pois, embora haja algumas particularidades, é um facto que estamos perante uma amostra jovem que possivelmente ainda não valoriza o seu processo de envelhecimento, mas valoriza antes aspectos que melhor contribuem para o seu bem-estar psicológico, como é o caso do estado de saúde física e mental.

Face aos resultados obtidos, algumas considerações merecem ser tecidas no sentido de sensibilizar outros investigadores e interessados nesta temática, pois é fundamental que se continue a investir neste tipo de estudos com populações jovens para que se consiga compreender melhor as percepções de envelhecimento dos indivíduos e se possa desmistificar percepções mais negativas que existam, sempre com o objectivo de se proporcionar um envelhecimento saudável, pautado por experiências positivas. Uma vez que a velhice deve ser encarada como o início de uma nova etapa de vida que, se bem preparada e estimulada, pode ser promissora em termos de realizações de projectos, planos e sonhos que foram adiados. Se esquecermos os mitos e os preconceitos e considerarmos o potencial de experiência e sabedoria acumulados na pessoa idosa isso terá grandes benefícios (Deep & Jeste, 2009).

Em geral, os dados sugerem que os indivíduos que constituem esta amostra não consideram que as percepções de envelhecimento influenciem, de forma significativa, o seu bem-estar psicológico, embora análises mais profundas mostrem que, mesmo tendo um baixo contributo, as percepções de envelhecimento, influenciam o bem-estar psicológico dos indivíduos. Quando se tenta perceber o que acontece com a introdução das variáveis apoio social percebido e estado emocional, o que se verifica é que a primeira influencia a eventual relação que possa existir entre o envelhecimento e o bem-estar psicológico, o que nos leva a concluir que os indivíduos que se sintam apoiados por familiares, amigos, ou outros tipos de pessoas/grupos/instituições, percebem o seu envelhecimento mais positivamente,

logo vão sentir-se bem com eles próprios. Estas conclusões estão de acordo com as investigações levadas a cabo por autores como Pierce, Sarason e Sarason (1992) Sarason, Sarason, Earl, Potter e Antoni (1985), Segrin (2006) e Wills (1997).

Quando na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico se inclui a variável estado emocional, os resultados mostram que as percepções de envelhecimento deixam de ser significativas para explicar o bem-estar psicológico dos indivíduos. Quer isto dizer que, na prática, estar ansioso e/ou deprimido não afecta a possível relação que possa existir entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Mas estar ansioso e/ou deprimido já tem influência sobre o bem-estar psicológico dos indivíduos, indo ao encontro das conclusões obtidas por Jang, Bergman, Schonfeld e Molinari (2007). Contudo, já na década de 90, Idler e Kasl (1991), mas também Menec, Chipperfield e Perry (1999) também defenderam que a saúde emocional contribuía, significativamente, para a predição do bem-estar psicológico. Estas conclusões também se aplicam à junção das variáveis apoio social percebido e estado emocional e, de forma conjunta, analisou-se a importância delas na relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Uma vez que ambas não mostraram ter qualquer efeito sobre aquela relação, talvez fosse interessante perceber porque é que estas variáveis não têm qualquer influência na relação entre o envelhecimento e o bem-estar psicológico, todavia, isso implica a realização de análises mais específicas que não estão contempladas neste estudo.

A análise dos dados demográficos para cada hipótese trouxe também algumas surpresas. Não era de esperar que o grupo etário mais jovem considerasse que as percepções de envelhecimento influenciam o bem-estar psicológico. Mas isto pode revelar que os mais jovens pensam que envelhecer pode ser algo positivo e não uma fase da vida pautada pelo sofrimento, pela doença, pela solidão, pelo isolamento. Pelo contrário, pode ser uma fase em que os indivíduos estão activos, saudáveis, investem em comportamentos promotores de saúde, investem nas relações familiares e de amizade, no fundo investem na sua vida, o que lhes dá um sentimento de utilidade perante uma sociedade que teima, embora esteja a mudar a passos largos, em invalidar os mais idosos. Quanto aos restantes grupos etários, em relação aos quais se esperava que pensassem e valorizassem mais o envelhecimento, até porque cronologicamente, encontram-se mais próximos dessa fase, verificou-se que estes indivíduos dão muito mais importância ao seu estado de saúde do que propriamente às percepções de envelhecimento para explicar o seu bem-estar psicológico. Isto leva-

nos a pensar que quando os indivíduos se sentem bem física, psíquica e emocionalmente, vão estar bem com eles mesmos e envelhecer é algo que vai ser encarado como uma experiência rica e recheada de aspectos positivos.

Perante tudo isto, é essencial criar espaços e canais de informação no sentido de levar os mais jovens a estabelecer contacto com os mais idosos, a partilhar experiências, saberes, a acompanhá-los nas actividades diárias, a incentivá-los para terem comportamentos que promovam a saúde e lhes proporcione bem-estar, seja a nível físico, psicológico ou emocional, a promover o contacto e os relacionamentos sociais. Quando isto acontece, a imagem da velhice associada à doença desaparece, dando lugar a uma imagem positiva e feliz. Tudo isto é possível quando existem entidades que impulsionem um intercâmbio entre os jovens e os mais idosos, mas também quando esse intercâmbio se inicia no seio da própria família, pois esse é um local ideal para a partilha de vivências, é um local por excelência de interacção entre gerações...

Em termos de investigações futuras, seria interessante alargar o estudo a nível nacional, trabalhando a mesma população – os adultos em idade activa. Como vivemos num país cada vez mais envelhecido, aprofundar os estudos relacionados com esta temática é uma mais-valia, não só porque permite um maior conhecimento sobre esta faixa etária e sobre os julgamentos que fazemos sobre a nossa velhice, mas também porque em Portugal as investigações realizadas sobre as percepções de envelhecimento em populações não idosas são escassas. Este facto dificulta, em grande parte, a busca de informação e, acima de tudo, a busca de resultados e conclusões fidedignas que possibilitem a comparação com outros estudos.

Tendo em conta as variáveis analisadas no presente estudo, espera-se que este trabalho tenha contribuído para um melhor e maior conhecimento do comportamento da população adulta em idade activa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbad, G., & Torres, C. V. (2002). Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia*, 7, 19-29.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 2º. Ed. Braga: Psiquilíbrios.
- Ajala, A. S. (2006). The Changing Perception of Aging In Yoruba Culture and Its Implications on the Health of The Elderly. *Anthropologist*, 3, (8), 181-188.
- Alves, L. S., & Rodrigues, R. N. (2005). Determinantes da auto-percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo. *Revista do Panamá Salud Publica*, 5/6, (17), 331-341.
- Andrews, G. R. (2001). Promoting health and function in an aging population. *BMJ*, 322, 728-729.
- Barak, B., & Stern, B. (1986). Subjective ages correlates: a research note. *The Gerontologist*, 5, (26), 571-578.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7, (9), 1-13.
- Beyene, Y., Becker, G., & Mayen, N. (2002). Perceptions of aging and sense of well-being among Latino elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 2, (17), 155-172.
- Bowling, A., Barber, J., Morris, R., & Ebrahim, S. (2006). Do perceptions of neighbourhood environment influence health? Baseline findings from a British survey of aging. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 476-483.
- Buys, L., Boulton-Louis, G., Tedman-Jones, J., Edwards, H., Knox, M., & Bigby, C. (2008). Issues of active ageing: Perceptions of older people with lifelong intellectual disability. *Australasian Journal on Ageing*, 2, (27), 67-71.
- Blazer, D. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.

- Bryant, L. L., Beck, A., & Fairclough, D. L. (2000). Factors that contribute to positive perceived health in an older populations. *Journal of Aging and Health, 2*, (12), 169-184.
- Canavarro, M. (1995). Inventário de Sintomas Psicopatológicos. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *B.S.I – Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Cantwell, L., & Barrett, A. (2006). Undergraduate Students' Perceptions of Aging: Gender Differences. *American Sociological Association, 1-24*.
- Cairney, J., Corna, L. M., Veldhuizen, S., Herrmann, N., & Streiner, D. L. (2008). Comorbid Depression and Anxiety in Later Life: Patterns of Association, Subjective Well-being, and Impairment. *American Journal Geriatric Psychiatry, 16*, 201-208.
- Cockerham, W. C., Sharp, K., & Wilcox, J. A. (1983). Aging and Perceived Health Status. *Journal of Gerontology, 3*, (38), 349-355.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1*, (1), 79-87.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7*, 269-297.
- Collins, A. L., Goldman, N., & Rodríguez, G. (2008). Is Positive Well-Being Protective of Mobility Limitations Among Older Adults? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 6*, (63B), 321-327.
- Cukrowicz, K., Franzese, A., Thorp, S., Cheavens, J., & Lynch, T. (2008). Personality traits and perceived social support among depressed older adults. *Aging and mental health, 5*, (2), 662-669.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. (1987). The provisions of social relationship and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 1, 37-67). Greenwich, CT: JAI Press.
- Chang, E. C., D'Zurilla T. J., & Sanna, L. J. (2009). Social Problem Solving as a Mediator of the Link Between Stress and Psychological Well-Being in Middle-Adulthood. *Cognitive Therapy and Research, 33*, 33-49.

- Cheng, S. T., Fung, H. H., & Chan, A. C. M. (2008). Living status and psychological well-being: social comparison as a moderator in later life. *Aging & Mental Health*, 5, (12), 654-661.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.
- Cruz, E. B. L. (2001). *Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e o bem-estar psicológico: a satisfação com a vida e o apoio social*. Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Dantas, R. A. S., Pelegrino, V. M., & Garbin, L. M. (2007). Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sócio-demográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. *Ciência, Cuidado & Saúde*, 6, (4), 456-462.
- Deep, C. A., & Jeste, D. V. (2009). Definitions and Predictors Of Successful Aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Psychiatric Associations*, 7, 137-150.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI – Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring and Procedures Manual* (4th Ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. *American Psychologist*, 1, (55), 34-43.
- Duarte, C. P., Santos, C. L., & Gonçalves, A. K. (2002). A concepção de pessoas de meia-idade sobre saúde, envelhecimento e actividade física como motivação para comportamentos activos. *Revista Brasileira de Ciências e Desporto*, 3, (23), 35-48.
- Duay, D., & Bryan, V. (2006). Senior Adults' Perceptions of Successful Aging. *Educational Gerontology*, 6, (32), 423-445.
- Efklides, A., Kalaitzidou, M., & Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in the old age in Greece: the effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *European Psychologist*, 3, (8), 178-191.
- Esteves, A. J. (1994). *Jovens e Idosos: família, escola e trabalho*. Porto: Edições Afrontamento.

- Faller, H., & Schmidt, M. (2004). Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. *Psycho-oncology*, 13, (5), 359-363.
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, (21), 15-30.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, (50), 571-579.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- Fredrikson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56, (3), 218-226.
- Furstenberg, A. L. (2002). Trajectories of aging: imagined pathways in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 55: 1-24.
- Goldstein, M. S., Siegel, J. M., & Boyer, R. (1984). Predicting changes in perceived health status. *American Journal of Public Health*, 6, (74), 611-614.
- Goodwin, J. S., Zhang, D. D., & Ostir, G. V. (2004). Effect of depression on diagnosis, treatment and survival of older women with breast cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, (1), 4-11.
- Gullifer, J., & Thompson, A. P. (2006). Subjective Realities of Older Male Farmers: Self-perceptions of ageing and work. *Rural Society*, 1, (16), 80-97.
- Haller, D. M., Sanci, L. A., Sawyer, S. M., & Patton, G. (2008). Do young people's illness beliefs affect healthcare? A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 5, (42), 436-449.
- Hanson, B., Isacson, S., Janzon, L., & Lindell, S. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly men. *American Journal of Epidemiology*, 130, (1), 100-111.

- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7, 323-335.
- Hickey, T., & Stilwell, D. L. (1992). Chronic illness and aging: a personal-contextual model of age-related changes in health status. *Educational Gerontology*, 1, (18), 1-15.
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C., & Frasson, A. L. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, (2), 239-254.
- Hoyle, R., Harris, M., & Judd, C. (2002). *Research methods in social relations* (7th Ed.). USA: Wadsworth, Thompson Learning.
- Idler, E. L., & Kasl, S. (1991). Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality?. *Journal of Gerontology*, 2, (46), 55-65.
- INE. (2003). *Projeções das Populações Residentes em Portugal – 2000-2050*. Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2008). *Estatísticas Demográficas - 2007*. Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- Jang, Y., Poon, L. W., Kim, S., & Shin, B. (2004). Self-perceptions of aging and health among older adults in Korea. *Journal of Aging Studies*, 4, (18), 485-496.
- Jang, Y., Bergman, E., Schonfeld, L., & Molinari, V. (2007). The mediating role of health perceptions in the relation between physical and mental health. *Journal of Aging and Health*, 3, (19), 439-452.
- Karademas, E. C., Bakouli, A., Bastounis, A., Kallergi, F., Tamtami, P., & Theofilu, M. (2008). Illness Perceptions, illness related-problems, subjective health and the role of perceived threat. *Journal of Health Psychology*, 8, (13), 1021-1029.
- Keller, M. L., Leventhal, H., Prohaska, T. R., & Leventhal, E. A. (1989). Beliefs about aging and illness in a community sample. *Research in Nursing & Health*, 4, (23), 247-255.

- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing Well-Being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, (2), 1007-1022.
- Kleinspehn-Ammerlehn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-Perceptions of Aging: do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *Journal of Gerontology*, 6, (63B), 377-385.
- Krause, N. (2002). Church-Based Social Support and Health in Old Age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, 332-347.
- Knight, T., & Ricciardelli, L. A. (2003). Successful aging: perceptions of adults aged between 70 and 101 years. *The International Journal of Aging and Human Development*, 3, (56), 223-246.
- Lankveld, W., Teuniss, H., Näring, G., Vonk, M., & Hoogen, F. (2008). Social support, disease-related cognitions and coping as predictors of depressed mood in systemic sclerosis. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 434-447.
- Latiffah, A. L., Afiah, M. Z., & Shashikala S. (2005). Psychological Well-Being of The Elderly People in Peninsular Malaysia. *International Medical Journal*, 2, (4), 38-43.
- Lawton, M. P., Keblan, M. H., & DiCarlo, E. (1984). Psychological Well-Being in the Aged. *Research on Aging*, 1, (6), 67-97.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1985). Illness representations: Theoretical foundations (pp. 1-18). In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997) Illness representations: theoretical foundations (pp.19-45). In K. J. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*. London: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Brissete, I., & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self regulation of health and illness. In L. Cameron, & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and behaviour*, (pp.42-65). London: Routledge.

- Levy, B. R. (2003). Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *58B*, 203-211.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, *2*, (83), 261-270.
- Levy, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *57*, 409-417.
- Levy, B. R., & Myres, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, *3*, (39), 625-629.
- Locher, J. L., Ritchie, C. S., Roth, D. L., Baker, P. S., Bodner, E. V., & Allman, R. M. (2004). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Social Science & Medicine*, article in press.
- Lucchetti, M., Corsonello, A., & Gattaceca, R. (2008). Environmental and social determinants of aging perception in metropolitan and rural areas of Southern Italy. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *3*, (46), 349-357.
- Lupien, S. J., & Wan, N. (2004). Successful Ageing: from cell to self. *Philosophical Transactions Royal Society*, *359*, 1413-1426.
- Llewellyn, D. J., Lang, I. A., Langa, K. M., & Huppert, F. A. (2008). Cognitive function and psychology well-being: findings from a population-based cohort. *Age and Ageing*, *6*, (37), 685-689.
- Maroco, J. (2003). Análise Factorial. In J. Maroco (Ed.), *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Menec, V. H., Chipperfield, J. P., & Perry, R. P. (1999). Self-perceptions of health: a prospective analysis of mortality, control and health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *2*, (54), 85-93.
- Moor, C., Zimprich, D., Schmitt, M., & Kliegel, M. (2006). Personality, aging self-perceptions, and subjective health: a mediation model. *The International Journal of Aging and Human Development*, *3*, (63), 241-257.

- Moreira, J. M., & Canaipa, R. (2007). A Escala de Provisões Sociais: Desenvolvimento e validação da versão portuguesa da "Social Provisions Scale". *RIDEP*, 24, (2), 23-58.
- Morgan, L. A., & Bentson, V. L. (1976). *Measuring Perception of Aging Across Social Strata*. Paper presented to the 29th Annual Meeting of the Gerontological Society, New York, October 13-17.
- McTavish, D. G. (1982). Perceptions of Old People. In. D. J. Mangen & W. A. Peterson (Eds), *Research Instrument in Social Gerontology – Volume 1 Clinical and Social Psychology* (pp.533-622). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da Eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (pp. 69-79). Lisboa: Climepsi.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3, (14), 263-268.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2006). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 1-13.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2^a Ed.). Porto: Livpsic.
- Peplau, L. A. (1985). Loneliness research: Basic concepts and findings. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social Support: theory, research and applications* (pp. 269-286). Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Perrig-Chiello, P., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Stähelin, H. B., & Perrig, W. J. (2009). Personality and health in middle age as predictors for well-being and health in old age. *European Journal of Ageing*, 6, 27-37.
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 2, (20), 163-167.

- Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacroix, A. Z., & Larson, E. B. (2004). Older Adults' Views of "Successful Aging" -- How Do They Compare With Researchers' Definitions? *Journal of the American Geriatrics Society*, 2, (52), 211-216.
- Phillips, D. R., Siu, O. L., Yeh, A. G. O., & Cheng, K. H. C. (2008). Informal Social Support and Older Persons' Psychological Well-Being in Hong Kong. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 55, 23-29.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., & Sarason, I. G. (1992). General and specific support expectations and stress as predictors of perceived supportiveness: an experimental study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, (2), 297-307.
- Pressman, D. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, (6), 925-971.
- Prohaska, T. R., Leventhal, E. A., Leventhal, H., & Keller, M. L. (1985). Health practices and illness cognition in young, middle age and elderly adults. *Journal of Gerontology*, 5, (40), 569-578.
- Rakowski, W. (1990). Associations among health perceptions status within three age groups. *Journal of Aging and Health*, 1, (2), 58-80.
- Ramos, L. R. (2003). Factores determinantes de envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 3, (19), 793-798.
- Rohr, M. K., & Lang, F.R. (2009). Aging Well Together – A Mini-Review. *Gerontology*, 55, 333-343.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1998). *Successful Aging*. New York: Pantheon Books.
- 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.
- Ryan, A. K., & Willits, F. K. (2007). Family Ties, Physical Health and Psychological Well-Being. *Journal Of Aging and Health*, 19, 907-920.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, (57), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, (69), 719-727.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, (44), 127-139.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Earl, H., Potter, H., & Antoni, M. H. (1985). Life events, social support and illness. *Psychosomatic Medicine*, 2, (47), 156-163.
- Sarkisian, C. A., Shunkwiler, S. M., Aguilar, I., & Moore, A. A. (2006). Ethnic Differences in Expectations for Aging Among Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 8, (54), 1227-1282.
- Seeman, T. E., Kaplan, G. A., Knudsen, L., Cohen, R., & Guralnik, J. (1987). Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 126, 714-723.
- Segrin, C. (2006). Age Moderates the Relationship Between Social Support and Psychosocial Problems. *Human Communication Research*, 3, (29), 371-342.
- Sen, A. (2002). Health: perception versus observation. *BMJ*, 324, 860-861.
- Siebert, D. C., Mutran, E. J., & Reitzes, D. C. (1999). Friendship and Social Support: The Importance of Role Identity to Aging Adults. *Social Work*, 6, (44), 522-533.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S. F., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, (4), 21-32.
- Sneed, J. R., & Whitbourne, S. K. (2005). Models of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61, 375-388.

Vieira, V. A. (2008). Moderação, mediação, moderadora-mediadora e efeitos indirectos em modelagem de equações estruturais: uma aplicação no modelo de desconfirmação de expectativas. *Revista de Administração*, 1, (44), 17-33.

Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center.

Wills, T. A. (1997). Social support and health. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 168-170). United Kingdom: Cambridge University Press.

White, D., Leach, C., Sims, R., Atkinson, M., & Cottrell, D. (1999). Validation of The Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 452-454.

Youmans, E. G. (1971). Generation of Perception of Old Age: An urban-rural Comparison. *The Gerontologist*, 11, 284-288.

Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Anexos

Anexo I

**Tabela 30 – Correlação da Validade das
Escalas**

Tabela 30 – Validade Convergente e Validade Discriminante dos Instrumentos (*Spearman's Correlation*)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Envelhecimento	1	0,341**	0,356**	- 0,395**	- 0,262**	- 0,393**	0,368**	- 0,087**
2. Mudança_Saúde	0,341**	1	0,309**	- 0,374**	- 0,234**	- 0,493**	0,458**	- 0,168*
3. Mudança_Envelhecimento	0,356**	0,309**	1	- 0,233**	- 0,226**	- 0,266**	0,250**	- 0,162*
4. Estado Emocional	- 0,395**	- 0,374**	- 0,233**	1	0,578**	0,648**	- 0,535**	0,282**
5. Bem-Estar Psicológico	- 0,262**	- 0,234**	- 0,226**	0,578**	1	0,554**	- 0,450**	0,489**
6. Estado de Saúde	- 0,393**	- 0,493**	- 0,266**	0,648**	0,554**	1	- 0,577**	0,464**
7. Sintomas	0,368**	0,458**	0,250**	- 0,535**	- 0,450**	- 0,577**	1	- 0,276**
8. Apoio Social Percebido	- 0,087**	- 0,168*	- 0,162*	0,282**	0,489**	0,464**	- 0,276**	1

*p <0,05 **p <0,01

Anexo II

**Folha de Rosto do Questionário Sócio-
Demográfico**

Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos

(Baseado no questionário de Maria Rui Sousa e Teresa McIntyre, 2002)

Pedimos-lhe que nos possa disponibilizar informações adicionais relativas a alguns dados pessoais, que nos irão permitir um tratamento estatístico dos questionários e estabelecer algumas comparações em função de grupos específicos. *Lembramos-lhe que a informação aqui recolhida é confidencial e em nada o(a) identifica. Procure ser o mais exacto possível.* Obrigado.

1 - Idade: ____ anos

2 – Sexo:

Feminino

Masculino

3 - Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/união de facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

4 - Habilitações literárias (anos completos de escolaridade):

1º Ciclo (Antiga 4ª Classe)

2º Ciclo (Antigo 6º Ano)

3º Ciclo (Antigo 9º Ano)

Ensino Secundário

Ensino Superior

Outra. Qual? _____

Anexo III

**Folha de Rosto do Questionário das
Percepções de Envelhecimento**

Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE)

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 suas experiências e opiniões 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	1	2	3	4	5
2. Estou sempre consciente da minha idade	1	2	3	4	5
3. Sempre me considerei velho (a)	1	2	3	4	5
4. Estou sempre consciente do facto de estar a envelhecer	1	2	3	4	5
5. Sinto a minha idade em tudo o que faço	1	2	3	4	5

Anexo IV

Folha de Rosto da Escala de Bem-Estar

Psicológico – Versão Reduzida

ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

As afirmações que lhe vão ser apresentadas pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a).

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio(a) entre as seis respostas possíveis:

- 1 – Discordo Completamente
- 2 – Discordo em Grande Parte
- 3 – Discordo Parcialmente

- 5 – Concordo em Grande Parte
- 4 – Concordo Parcialmente
- 6 – Concordo Completamente

Para dar a sua resposta a cada uma das afirmações, deverá indicar o número que corresponde ao seu grau de concordância/discordância com cada uma delas. Registe o número que melhor corresponde à descrição de si próprio(a) em cada uma das afirmações.

Exemplo:

...	Por vezes, sinto que as preocupações do dia-a-dia me esgotam.	3
-----	---	---

Responder 3 significa que discorda parcialmente desta afirmação quando aplicada a si próprio(a). Se respondesse 1 significaria que discordava completamente com o conteúdo da afirmação face a si próprio(a). Se respondesse 6 significaria que concordava *completamente* com o conteúdo da afirmação face a si próprio(a); e do mesmo modo para as outras alternativas de resposta.

Não tem limite de tempo, mas tente responder o mais espontaneamente que lhe for possível. Responda com sinceridade; não há respostas boas ou más desde que elas expressem o que pensa, sente ou faz em cada caso.

Por favor registe os dados de identificação solicitados e depois, na página seguinte, responda às afirmações.

NOME:.....

Anexo V

**Folha de Rosto da Escala de Ansiedade e
Depressão Hospitalar**

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

HADS

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- () Quase sempre
- () Muitas vezes
- () Por vezes
- () Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- () Tanto como antes
- () Não tanto agora
- () Só um pouco
- () Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- () Sim e muito forte
- () Sim, mas não muito forte
- () Um pouco, mas não me aflige
- () De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- () Tanto como antes
- () Não tanto como antes
- () Muito menos agora
- () Nunca

Anexo VI

**Folha de Rosto do Questionário de Estado
de Saúde**

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF – 36 v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito Melhor	Com Algumas Melhoras	Aproximadamente Igual	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim quanto?

(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a) Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia.	1	2	3

Anexo VII

Folha de Rosto da Escala de Provisões

Sociais

EPS

Ao responder ao seguinte conjunto de questões, pense nas suas actuais relações com amigos, familiares, colegas de trabalho, membros da comunidade, etc. Usando a escala apresentada em baixo, assinale um número junto a cada item, que indique o grau em que concorda que o item descreve a sua actual relação com as outras pessoas. Por exemplo, se concordasse fortemente com o item 1, assinalaria o quadrado junto do número 4 à direita desse item. Se discordasse, assinalaria o número 2, e assim sucessivamente.

<u>Discordo Fortemente</u>	<u>Discordo</u>	<u>Concordo</u>	<u>Concordo Fortemente</u>	
1	2	3	4	
1. Há pessoas com as quais posso contar para me ajudarem se eu necessitar realmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4
2. Sinto que não tenho relações próximas com as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4
3. Não há ninguém a quem eu possa recorrer para me aconselhar em alturas de stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4
4. Há pessoas que contam comigo caso precisem de ajuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4
5. Há pessoas que apreciam as mesmas actividades sociais que eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4
6. As outras pessoas não me vêem como competente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4
7. Sinto-me pessoalmente responsável pelo bem-estar de outra pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4
8. Sinto-me parte de um grupo de pessoas que partilham as minhas atitudes e crenças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4
9. Não penso que as outras pessoas respeitem as minhas competências e capacidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4
10. Se alguma coisa corresse mal, ninguém me ajudaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

Anexo VIII

**Folha de Rosto do Inventário de Sintomas
Psicopatológicos**

Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o **GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA**. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado(a) pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas Vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>				
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>				
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>				
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>				
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>				
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>				
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>				
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>				

Anexo IX

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente investigação de Mestrado conduzida por SÍLVIA TAVARES, aluna de Mestrado da Universidade de Évora pretende estudar as “*Percepções de Envelhecimento e Estado de Saúde na relação com o Bem-Estar Psicológico em Adultos Activos*”, sendo orientada pela Professora Doutora Adelaide Claudino da Universidade de Évora.

Para isso gostaríamos que nos respondesse a alguns questionários para que possamos entender um pouco mais acerca do que mais contribui para o seu bem-estar psicológico.

Apresentamos abaixo algumas considerações sobre o seu envolvimento nesta pesquisa:

- Os procedimentos desta pesquisa não resultarão em nenhum dano físico ou psicológico ao participante, ficando salvaguardada a identidade de todos os participantes;
- A sua participação não implicará nenhum custo financeiro;
- Pode não concordar em participar da investigação ou retirar-se dela a qualquer momento sem que isso afecte o seu tratamento.

Eu _____, afirmo ser maior de idade e concordar de livre e espontânea vontade participar no projecto de Mestrado, tendo recebido as devidas informações e estando ciente dos objectivos da investigação e de meus direitos, concordo em participar declarando conhecer os termos da mesma e autorizando a publicação de dados.

Assinatura Participante

Assinatura Investigadora
