



Carla Manuela Anastácio Carmona

**SIGNIFICAÇÕES DE ENVELHECIMENTO,  
VARIÁVEIS RELACIONAIS SUBJECTIVAS  
E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM IDOSOS**

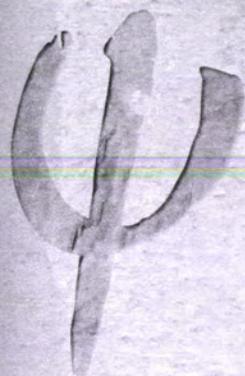


UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

# **SIGNIFICAÇÕES DE ENVELHECIMENTO, VARIÁVEIS RELACIONAIS SUBJECTIVAS E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM IDOSOS**

**Carla Manuela Anastácio Carmona**  
Orientação: Prof.<sup>a</sup> Doutora Adelaide Claudino

Mestrado em Psicologia  
Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**SIGNIFICAÇÕES  
DE ENVELHECIMENTO,  
VARIÁVEIS RELACIONAIS  
SUBJECTIVAS E BEM-ESTAR  
PSICOLÓGICO EM IDOSOS**

**Carla Manuela Anastácio Carmona**  
Orientação: Prof.<sup>a</sup> Doutora Adelaide Claudino



172 847

Mestrado em Psicologia  
Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

## **RESUMO**

O presente estudo pretendia avaliar se as percepções de envelhecimento teriam influência no bem-estar psicológico dos idosos. Procurou-se compreender qual o efeito da influência (moderação ou mediação), das variáveis relacionais subjectivas: apoio social, religiosidade, percepção de saúde e estado emocional. O estudo foi realizado numa amostra portuguesa de 150 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos. Foram utilizados dez instrumentos de avaliação. Os resultados mostram, que as percepções de envelhecimento, Conjuntamente com a avaliação que as pessoas fazem do seu estado de saúde e dos sintomas psicopatológicos, predizem de forma significativa, a percepção do seu bem-estar psicológico. O apoio social e a religiosidade, são variáveis mediadoras, enquanto, a ansiedade existencial e o estado emocional, são moderadoras. Podemos verificar que existem diferenças significativas entre as diversas variáveis sócio-demográficas. Com o aumento da esperança de vida, pretende-se que este estudo contribua para a compreensão das dimensões pessoais intra e interindividuais do envelhecimento

**Palavras-chave:** envelhecimento, percepções, religiosidade, apoio social, estado emocional, bem-estar psicológico

# AGING SIGNIFICATIONS, SUBJECTIVE RELATIONS VARIABLES AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN AGED

## ABSTRACT

The present study it intended to assess whether the perceptions of aging will impact on psychological well-being of the elderly. We tried to understand, what effect the influence (moderation or mediation), the relational subjective variables: social support, religiosity, health perception and emotional state. The study was conducted in a Portuguese sample of 150 elderly people, aged between 65 and 99 years. Ten instruments were used for evaluation. The results show that perceptions of aging, jointly with the assessment that people make in their state of health and psychopathology predict significantly the perception of their psychological well-being. Social support and religiosity, are mediating variables, while the existential anxiety and emotional state, they are moderating. We can see that there are significant differences between the various socio-demographic variables. With the increase of the life hope, it is intended that this study contributes to the understanding of intra and inter-personal dimensions of aging.

**Keywords:** aging, perceptions, religiosity, social support, emotional state, psychological well-being

*Aos meus pais, por me ensinarem e ajudarem a compreender que para se ultrapassar  
um objectivo, não podemos nos fixar  
nos obstáculos, mas sim visualizá-los como desafios a transpor.*

## AGRADECIMENTOS

O caminho que me conduziu a até aqui teve de ser cumprido com persistência e trabalho, no entanto não se tornou muito sinuoso, devido ao grau de aprendizagens e incentivos que foram sendo expressos das mais variadas formas. Esta dissertação é apenas mais uma meta à qual me propus, com a tarefa de a alcançar com sucesso, mas para qual houve a contribuição de muitas pessoas.

Entretanto, não cabe aqui pontuar as dificuldades, até porque, no final, estas serviram de referência desafiante a todos os obstáculos que foram sendo transpostos de forma que, ao olhar para trás tem-se a imensa vontade de rir e expressar uma alegria ímpar, justamente porque aquilo que se pensava ser quase intransponível, passou a ser a consolidação de um grato trabalho.

Agradecer é uma tarefa difícil, pois nem sempre as palavras conseguem expressar o que verdadeiramente sentimos. Ao longo da minha trajectória académica tive a oportunidade de conhecer e conviver com diferentes pessoas, sendo que algumas assumiram uma maior importância.

Prioritariamente gostaria de expressar o meu agradecimento a todas as pessoas, que participando de forma voluntária, permitiram a elaboração deste trabalho, sem elas teria sido impossível. Depois, sem retirar qualquer tipo de importância, gostaria de agradecer a todos os docentes e colegas, com os quais trabalhei ao longo da minha formação. Em especial à Professora Doutora Adelaide Claudino, pelo seu apoio, compreensão, capacidade de incentivo, e disponibilidade. Mais do que orientar, o seu trabalho permitiu-me explorar muito para além das capacidades que julgava possuir. Também gostaria de expressar o meu agradecimento o Professor Doutor Eduardo Figueira pelos seus conhecimentos que acabaram por ser um apoio muito importante,

Finalmente, gostaria de agradecer aos meus pais, pelos seus esforços, dedicação e amor. Apesar de uma contribuição indirecta, estiveram sempre lá, nos momentos em que necessitei deles, sem questionarem ou vacilarem no carinho e apoio. Sem a vossa compreensão e sabedoria, não seria a pessoa que sou hoje.

Como é impossível nomear a todos, agradeço a todos que estiveram ligadas a este trabalho, ainda que indirectamente, pela vossa contribuição na elaboração de este trabalho.

## **Siglas e Abreviaturas**

AE.....Ansiedade Existencial

ASP.....Apoio Social Percebido

BEP.....Bem-Estar Psicológico

*BSI*.....Inventário de Sintomas Psicopatológicos

EE.....Estado Emocional

EPS.....Escala de Provisões Sociais

INE.....Instituto Nacional de Estatística

HADS.....Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

IR.....Índice de Religiosidade

MMSE.....Mini-Exame do Estado Mental

## **Siglas e Abreviaturas (cont.)**

OMS.....Organização Mundial de Saúde

PE..... Percepções de Envelhecimento

PES.....Percepção do Estado de Saúde

QPE.....Questionário de Percepções de Envelhecimento

SP..... Sintomas Psicopatológicos

(SF-12v2)..... Questionário de Estado de Saúde

## Índice Geral

Resumo.....	i
Abstract.....	ii
Agradecimentos .....	iii
Siglas e Abreviaturas.....	v
Índice Geral.....	vii
Índice de Tabelas.....	xiii
Introdução.....	1
<b>Capítulo I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
1. O Processo de Envelhecimento.....	6
1.1 Percepções de Envelhecimento.....	6
1.1.1 Processo de Construção do Conceito.....	7
1.1.2 Percepções de Envelhecimento e Implicações.....	8
1.2 Pressuposições no acto de Envelhecer.....	9
1.3 Envelhecimento e Saúde.....	10
1.4 Envelhecimento Activo.....	11
2. Estado Emocional e Saúde.....	13
2.1 Conceito de Saúde no Idoso.....	13
2.2 Percepções do Estado de Saúde.....	13
2.3 Implicação do Controlo na Saúde dos Idosos.....	15
2.4 Depressão e Ansiedade.....	16
2.5 Emoção na avaliação da Saúde.....	17
3. Apoio Social.....	19
3.1 Definição do Conceito de Apoio Social.....	19
3.2 Apoio Social no Idoso.....	19
3.2.1 O papel dos Relacionamentos Sociais.....	20
3.3 Diferenças no Apoio Social Percebido.....	22
4. Religiosidade e Espiritualidade .....	23
4.1 Religião.....	23
4.2 Religiosidade e Espiritualidade – duas realidades na mesma condição.....	24
4.3 Papel das crenças.....	25

4.4 Religião e Funcionamento Mental.....	26
4.5 Religião e Saúde.....	26
4.6 Estudos actuais sobre a Religiosidade.....	27
5. Ansiedade Existencial.....	29
5.1 Definir Ansiedade Existencial.....	29
5.1.1 Distinção entre Medo e Ansiedade.....	29
5.2 Dimensões da Ansiedade Existencial.....	30
5.2.1 Destino e Morte.....	30
5.2.2 Vazio e Falta de Significado.....	31
5.2.3 Culpa e Condenação.....	31
5.3 Envelhecimento e Ansiedade Existencial.....	31
6. Bem-estar Geral e Psicológico.....	33
6.1 Visão Positiva por contraste com a Patologia.....	33
6.2 A Importância do <i>Self</i> .....	34
6.3 A um nível Individual e Social.....	35
Sumário e Conclusões.....	37
Formulação do Problema.....	39
<b>Capítulo II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....</b>	<b>41</b>
<b>A – Metodologia</b>	
1. Desenho do Estudo.....	42
2. Questões de Investigação.....	42
3. Varáveis em Estudo.....	43
4. Hipóteses.....	43
5. População e Amostra.....	44
5.1 Caracterização Sócio-demográfica da Amostra.....	45
6. Procedimentos.....	47
7. Análises Estatísticas.....	47
8. Medidas.....	48
8.1 Mini Exame do Estado Mental.....	50
8.2 Questionário Sócio-demográfico e Clínico.....	50
8.3 Questionário de Percepções de Envelhecimento.....	51
8.3.1 Versão Original.....	51
8.3.2 Características Psicométricas na População Original.....	52
8.3.3 Características Psicométricas no Estudo Piloto.....	52

8.3.4	Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	53
	a) Fiabilidade.....	53
	b) Validade.....	64
8.4	Escala de Bem-estar Psicológico – Versão Reduzida.....	66
8.4.1	Versão Original.....	66
8.4.2	Características Psicométricas na População Portuguesa.....	67
8.4.3	Características Psicométricas do Estudo Piloto.....	67
8.4.4	Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	67
	a) Fiabilidade.....	68
	b) Validade.....	73
8.5	Questionário de Estado de Saúde – SF-12v2.....	74
8.5.1	Versão Original.....	74
8.5.2	Características Psicométricas na População Portuguesa.....	75
8.5.3	Características Psicométricas no Estudo Piloto.....	75
8.5.4	Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	75
	a) Fiabilidade.....	75
	b) Validade.....	78
8.6	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.....	79
8.6.1	Versão Original.....	79
8.6.2	Características Psicométricas na População Portuguesa.....	79
8.6.3	Características Psicométricas no Estudo Piloto.....	80
8.6.4	Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	80
	a) Fiabilidade.....	80
	b) Validade.....	83
8.7	Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	83
8.7.1	Versão Original.....	83
8.7.2	Características Psicométricas na População Portuguesa.....	84
8.7.3	Características Psicométricas no Estudo Piloto.....	85
8.7.4	Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	85
	a) Fiabilidade.....	85
	b) Validade.....	94
8.8	Escala de Provisões Sociais.....	95
8.8.1	Versão Original.....	95
8.8.2	Características Psicométricas na População Portuguesa.....	96
8.8.3	Características Psicométricas no Estudo Piloto.....	97
8.8.4	Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	97
	a) Fiabilidade.....	97
	b) Validade.....	102

8.9	Questionário de Ansiedade Existencial.....	103
8.9.1	Versão Original.....	103
8.9.2	Características Psicométricas no Estudo Piloto.....	104
8.9.3	Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	104
	a) Fiabilidade.....	104
	b) Validade.....	107
8.10	Índice de Religiosidade de Duke.....	108
8.10.1	Versão Original.....	108
8.10.2	Características Psicométricas no Estudo Piloto.....	108
8.10.3	Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	108
	a) Fiabilidade.....	108
	b) Validade.....	109
9.	Correlação da Validade dos Instrumentos.....	110
 <b>B – Resultados por Hipóteses.....</b>		<b>113</b>
10.	Resultados dos Testes de Hipóteses .....	113
10.1	Hipótese 1 .....	114
10.1.1	Hipótese 1 – Utilizando as Características Demográficas.....	116
	10.1.1.1 Grupo Etário como Discriminante .....	116
	10.1.1.2 Género como Discriminante.....	117
	10.1.1.3 Estado Civil como Discriminante.....	118
	10.1.1.4 Habilitações Literárias como Discriminante.....	118
10.2	Hipótese 2 .....	119
10.2.1	Hipótese 2 – Utilizando as Características Demográficas.....	121
	10.2.1.1 Grupo Etário como Discriminante.....	121
	10.2.1.2 Género como Discriminante.....	123
	10.2.1.3 Estado Civil como Discriminante.....	124
	10.2.1.4 Habilitações Literárias como Discriminante.....	126
10.3	Hipótese 3.....	128
10.3.1	Hipótese 3 – Utilizando as Características Demográficas .....	130
	10.3.1.1 Grupo Etário como Discriminante .....	130
	10.3.1.2 Género como Discriminante.....	131
	10.3.1.3 Estado Civil como Discriminante.....	132
	10.1.1.4 Habilitações Literárias como Discriminante.....	134
10.4	Hipótese 4 .....	136
10.4.1	Hipótese 4 – Utilizando as Características Demográficas .....	138
	10.4.1.1 Grupo Etário como Discriminante .....	138

10.4.1.2 Género como Discriminante.....	139
10.4.1.3 Estado Civil como Discriminante.....	140
10.4.1.4 Habilitações Literárias como Discriminante.....	142
10.5 Hipótese 5.....	143
. 10.5.1 Hipótese 5 – Utilizando as Características Demográficas.....	145
10.5.1.1 Grupo Etário como Discriminante.....	145
10.5.1.2 Género como Discriminante.....	146
10.5.1.3 Estado Civil como Discriminante.....	147
10.5.1.4 Habilitações Literárias como Discriminante.....	149
10.6 Hipótese 6.....	150
10.6.1 Hipótese 6 – Utilizando as Características Demográficas.....	153
10.6.1.1 Grupo Etário como Discriminante.....	153
10.6.1.2 Género como Discriminante.....	155
10.6.1.3 Estado Civil como Discriminante.....	156
10.6.1.4 Habilitações Literárias como Discriminante.....	159
<b>C – Discussão dos Resultados.....</b>	<b>162</b>
11. Análise quanto à Caracterização Sócio-demográficas da Amostra.....	162
12. Análise quanto à Caracterização das Variáveis Relacionais Subjectivas.....	163
13. Conclusões através da Análise por Hipóteses.....	165
13.1 Hipótese 1.....	165
13.2 Hipótese 2.....	167
13.3 Hipótese 3.....	168
13.4 Hipótese 4.....	170
13.5 Hipótese 5.....	170
13.6 Hipótese 6.....	171
<b>D – Síntese Final.....</b>	<b>172</b>
<b>E – Limitações do Estudo .....</b>	<b>177</b>
<b>F – Sugestões para Estudos Futuros.....</b>	<b>178</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>179</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>198</b>
<b>Anexo 1 – Folha de rosto do Mini-Exame do Estado Mental.....</b>	<b>200</b>

<b>Anexo 2</b> – Folha de rosto do Questionário Sócio-Demográfico e Clínico.....	202
<b>Anexo 3</b> – Folha de rosto do Questionário de Percepções de Envelhecimento.....	204
<b>Anexo 4</b> – Folha de rosto do Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida.....	206
<b>Anexo 5</b> – Folha de rosto do Questionário de Estado de Saúde – SF-12v2.....	208
<b>Anexo 6</b> – Folha de rosto do Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.....	210
<b>Anexo 7</b> – Folha de rosto do Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	212
<b>Anexo 8</b> – Folha de rosto do Escala de Provisões Sociais.....	214
<b>Anexo 9</b> – Folha de rosto do Questionário de Ansiedade Existencial.....	216
<b>Anexo 10</b> – Folha de rosto do Índice de Religiosidade de Duke.....	218
<b>Anexo 11</b> – Consentimento Informado.....	219

## Índice de Tabelas e Figuras

### TABELAS

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

**Tabela 2** – Distribuição absoluta e percentual das características sócio-demográficas (cont.)

**Tabela 3** – Síntese dos instrumentos utilizados e respectivas finalidades

**Tabela 4** – Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Escala Total

**Tabela 5** – Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Escala Parte A (32 Itens)

**Tabela 6** – Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Subescala Consequências Negativas (5 Itens)

**Tabela 7** – Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Subescala Controlo Negativo (4 Itens)

**Tabela 8** – Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Subescala Controlo Positivo (5 Itens)

**Tabela 9** – Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Subescala Consequências Positivas (3 Itens)

**Tabela 10** – Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Subescala Duração Crónica Positiva (5 Itens)

**Tabela 11** – Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Subescala Duração Cíclica (5 Itens)

**Tabela 12** – Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Subescala Representações Emocionais (5 Itens)

**Tabela 13** – Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Subescala Mudanças Saúde Escala Identidade – Parte B “Experienciou esta mudança?” (5 Itens)

**Tabela 14** – Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Subescala Mudanças Saúde Escala Identidade – Parte B “Pensa que esta mudança está APENAS relacionada com o facto de envelhecer?” (17 Itens)

**Tabela 15** – Resultados Resumidos da Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento

- Tabela 16** – Análise das Componentes Principais do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”
- Tabela 17** – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico” Escala Total (18 Itens)
- Tabela 18** – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”, Subescala Aceitação de Si (3 Itens)
- Tabela 19** – Tabela - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”, Subescala Autonomia (3 Itens)
- Tabela 20** – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”, Subescala Crescimento Pessoal (3 Itens)
- Tabela 21** – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”, Subescala Domínio do Meio (3 Itens)
- Tabela 22** – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”, Subescala Objectivos de Vida (3 Itens)
- Tabela 23** – Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”, Subescala Relações Positivas (3 Itens)
- Tabela 24** – Resumo dos Resultados da Consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”
- Tabela 25** – Análise das Componentes Principais do “Escala de Bem-Estar Psicológico”
- Tabela 26** – Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Estado de Saúde”, Escala Total (12 Itens)
- Tabela 27** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário do Estado de Saúde”, Subescalas Componente Sumária Física (4 itens)
- Tabela 28** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário do Estado de Saúde”, Componente Sumária Mental (4 Itens)
- Tabela 29** - Resumo dos Resultados da Consistência interna do “Questionário do Estado de Saúde”
- Tabela 30** – Análise das Componentes Principais do “Questionário do Estado de Saúde”
- Tabela 31** - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar”, Escala Total (14 Itens)
- Tabela 32** - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar”, Subescala Ansiedade (7 Itens)

- Tabela 33** - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar”, Subescala Depressão (7 Itens)
- Tabela 34** - Resumo da Consistência Interna da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar”
- Tabela 35** – Análise das Componentes Principais da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
- Tabela 36** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”, Escala Total (53 Itens)
- Tabela 37** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”, Subescala Ansiedade (6 Itens)
- Tabela 38** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”, Subescala Ansiedade Fóbica (6 Itens)
- Tabela 39** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”, Subescala Depressão (9 Itens)
- Tabela 40** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”, Subescala Hostilidade (5 Itens)
- Tabela 41** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”, Subescala Obsessão (6 Itens)
- Tabela 42** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”, Subescala Ideação Paranoide (6 Itens)
- Tabela 43** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”, Subescala Psicoticismo (5 Itens)
- Tabela 44** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”, Subescala Sensibilidade (4 Itens)
- Tabela 45** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”, Subescala Somatização (4 Itens)
- Tabela 46** - Resumo da Consistência interna do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”
- Tabela 47** – Análise das Componentes Principais do “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”
- Tabela 48** - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Escala Total (24 Itens)
- Tabela 49** - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Subescala Aconselhamento (4 Itens)

**Tabela 50** - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Subescala Aliança Fiável (4 Itens)

**Tabela 51** - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Subescala Integração Social (4 Itens)

**Tabela 52** - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Subescala Oportunidade de Prestação de Cuidados (4 Itens)

**Tabela 53** - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Subescala Reafirmação do Valor (4 Itens)

**Tabela 54** - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Subescala Vinculação (4 Itens)

**Tabela 55** - Resumo da Consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”

**Tabela 56** – Análise das Componentes Principais da “Escala de Provisões Sociais”

**Tabela 57** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Ansiedade Existencial”, (13 Itens)

**Tabela 58** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Ansiedade Existencial”, Subescala Culpa e Condenação (4 Itens)

**Tabela 59** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Ansiedade Existencial”, Subescala Destino e Morte (5 Itens)

**Tabela 60** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Questionário de Ansiedade Existencial”, Subescala Sensação de Vazio e Falta de Significado (4 Itens)

**Tabela 61** - Resumo da Consistência interna do “Questionário de Ansiedade Existencial”

**Tabela 62** - Análise das Componentes Principais do “Questionário de Ansiedade Existencial”

**Tabela 63** - Resultados da avaliação da consistência interna do “Índice de Religiosidade de Duke” - (5 Itens)

**Tabela 64** - Análise das Componentes Principais do “Índice de Religiosidade de Duke”

**Tabela 65** - Correlação da Validade dos Instrumentos

**Tabela 66** - Resultados significativos da regressão stepwise usando índices para a Hipótese 1

**Tabela 67** - Resultados significativos da regressão stepwise usando subescalas para a Hipótese 1

**Tabela 68** - Utilizando a Grupo Etário como discriminante da amostra

**Tabela 69** - Utilizando o Género como discriminante da amostra

**Tabela 70** - Utilizando o Estado Civil como discriminante da amostra

**Tabela 71** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra

**Tabela 72** - Resultados significativos da regressão *stepwise*, sem intervenção da Ansiedade Existencial e usando os índices

**Tabela 73** - Resultados significativos da regressão *stepwise*, com intervenção da Ansiedade Existencial e usando os índices

**Tabela 74** - Resultados significativos da regressão *stepwise*, com intervenção da Ansiedade Existencial e usando os índices

**Tabela 75** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, sem intervenção da Ansiedade Existencial

**Tabela 76** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial

**Tabela 77** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Ansiedade Existencial

**Tabela 78** - Utilizando o Género como discriminante da amostra, sem intervenção da Ansiedade Existencial

**Tabela 79** - Utilizando o Género como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial

**Tabela 80** - Utilizando o Género como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Ansiedade Existencial

**Tabela 81** - Utilizando o Estado Civil como discriminante da amostra, sem intervenção da Ansiedade Existencial

**Tabela 82** - Utilizando o Estado Civil como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial

**Tabela 83** - Utilizando o Estado Civil como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Ansiedade Existencial

**Tabela 84** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, sem intervenção da Ansiedade Existencial

**Tabela 85** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial

**Tabela 86** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Ansiedade Existencial

**Tabela 87** - Resultados significativos da regressão *stepwise*, sem intervenção do Índice de Religiosidade e usando os índices

**Tabela 88** – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com intervenção do Índice de Religiosidade e usando os índices

**Tabela 89** – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com intervenção do Índice de Religiosidade e a sua interacção com as Percepções de Envelhecimento, usando os índices

**Tabela 90** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade

**Tabela 91** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade

**Tabela 92** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Religiosidade

**Tabela 93** - Utilizando o Género como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade

**Tabela 94** - Utilizando o género como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade

**Tabela 95** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Religiosidade

**Tabela 96** - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade

**Tabela 97** - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade

**Tabela 98** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Religiosidade

**Tabela 99** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade

**Tabela 100** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade

**Tabela 101** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Religiosidade

**Tabela 102** – Resultados significativos da regressão *stepwise*, sem intervenção do Apoio Social Percebido e usando os índices

- Tabela 103** – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com do Apoio Social Percebido e usando os índices
- Tabela 104** – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com do Apoio Social Percebido a sua interacção com as Percepções de Envelhecimento, usando os índices
- Tabela 105** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, sem intervenção do Apoio Social Percebido
- Tabela 106** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido
- Tabela 107** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido e da interacção entre as percepções de Envelhecimento do Apoio Social Percebido
- Tabela 108** - Utilizando o Género como discriminante da amostra, sem intervenção do Apoio Social Percebido
- Tabela 109** - Utilizando o género como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido
- Tabela 110** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e o Apoio Social Percebido
- Tabela 111** - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, sem intervenção do Apoio Social Percebido
- Tabela 112** - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido
- Tabela 113** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e o Apoio Social Percebido
- Tabela 114** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, sem intervenção do Apoio Social Percebido
- Tabela 115** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido
- Tabela 116** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e do Apoio Social Percebido
- Tabela 117** - Resultados significativos da regressão *stepwise*, sem intervenção do estado de ansiedade e depressão

**Tabela 118** - Resultados significativos da regressão *stepwise*, com do estado de ansiedade e depressão

**Tabela 119** - Resultados significativos da regressão *stepwise*, com do estado de ansiedade e depressão

**Tabela 120** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, sem intervenção do Estado Emocional

**Tabela 121** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional

**Tabela 122** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento do Estado Emocional

**Tabela 123** - Utilizando o Género como discriminante da amostra, sem intervenção do Estado Emocional

**Tabela 124** - Utilizando o género como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional

**Tabela 125** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e o do Estado Emocional

**Tabela 126** - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, sem intervenção do Estado Emocional

**Tabela 127** - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional

**Tabela 128** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e o Estado Emocional

**Tabela 129** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, sem intervenção do Estado Emocional

**Tabela 130** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional

**Tabela 131** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e do Estado Emocional

**Tabela 132** – Resultados significativos da regressão *stepwise*, sem intervenção de Índice de Religiosidade, a Ansiedade Existencial, o Apoio Social Percebido e o estado de Ansiedade e Depressão Hospitalar

**Tabela 133** – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com intervenção do Índice de Religiosidade, da Ansiedade Existencial, do Apoio Social Percebido e do Estado Emocional

**Tabela 134** – Resultados significativos da regressão *stepwise* , com intervenção do Índice de Religiosidade, da Ansiedade Existencial, do Apoio Social Percebido e do Estado Emocional e as respectivas interações

**Tabela 135** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

**Tabela 136** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

**Tabela 137** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional e da interação entre as percepções de Envelhecimento da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

**Tabela 138** - Utilizando o Género como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

**Tabela 139** - Utilizando o género como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

**Tabela 140** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional e da interação entre as percepções de Envelhecimento e a Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

**Tabela 141** - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

**Tabela 142** - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

**Tabela 143** - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional e da interação entre as percepções de Envelhecimento e da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

**Tabela 144** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

**Tabela 145** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

**Tabela 146** - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional e da interação entre as percepções de Envelhecimento e da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

## **Figuras**

**Figura 1** - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico, traduz a influência directa das variáveis preditoras, na variável de resultado

**Figura 2** - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico, traduz a influência moderadora das variáveis preditoras, na variável de resultado

**Figura 3** - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico, traduz a influência mediadora das variáveis preditoras, na variável de resultado

**Figura 4** - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico (Hipótese 1)

**Figura 5** - Modelo Hipotético elaborado com base nos resultados (Hipótese 1)

**Figura 6** - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico (variáveis relacionais subjectivas)

**Figura 7** - Modelo Hipotético elaborado com base nos resultados (Hipótese 3)

**Figura 8** - Modelo Hipotético elaborado com base nos resultados (Hipótese 4)

**Figura 9** - Modelo Hipotético elaborado com base nos resultados (Hipóteses 2 e 5)

**Figura 10** - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico

**Figura 11** - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico

## Introdução

Envelhecer pressupõe desde sempre uma reflexão do homem acerca da sua finitude. Muitas são as questões ou dúvidas que se levantam, e nem sempre obtêm respostas que possa ser universais, ou que possam agregar conhecimentos que permitam preencher todas as lacunas.

Tem sido inúmeras as tentativas de procurar explicar e investigar todas as questões ligadas ao envelhecimento, desde estudos longitudinais até estudos com um carácter mais pontual. No entanto, na sua maioria todos eles têm em comum, uma visão exterior ao próprio envelhecimento. Procurou-se até agora, descrever e compreender o envelhecimento, maioritariamente através das atitudes face ao mesmo, sejam estas reveladas através do olhar do outro ou não. Face a tudo isto, caminharíamos para um envelhecer mais ou menos universal, e não para uma visão do desenvolvimento coextensiva à duração da vida. Actualmente devemos posicionarmo-nos num ponto em que é fundamental reconhecer que não há uma velhice, mas sim tantas quanto as pessoas que vivenciam este processo.

O envelhecimento deve pressupor uma compreensão sob o ponto de vista dum processo, e não apenas como a fase final da vida do indivíduo, pois esta realidade pode não encontrar uma correspondência no tempo e no espaço. Este decorre sobretudo de uma condição multidimensional e multidireccional, envolvendo um equilíbrio dinâmico entre perdas e ganhos. Quando falamos de envelhecer, referimo-nos a processos biológicos, psicológicos e sócio-culturais (Baltes & Baltes, 1990). A percepção de envelhecer envolve uma plasticidade desenvolvimental, que invalida a cristalização deste processo, a forma como cada indivíduo percebe o envelhecimento, traduz a forma de adaptação a essa realidade e da qual, podemos retirar múltiplos significados.

Explorando a variabilidade do desenvolvimento humano, Rowe e Kahn (1998) propõem três trajectórias do envelhecimento humano: normal, patológico e saudável. Este estudo procurou integrar-se na definição de envelhecimento saudável proposta pelos autores. Esta baseia-se, no baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas com as doenças; o funcionamento mental e físico. Mas sobretudo, deve coexistir um envolvimento activo com a vida.

A ideia central e transversal a toda a investigação, envolve a auto-avaliação do processo de envelhecer, a partir do ponto de vista individual. As investigações acerca das percepções de envelhecimento traduzem o carácter singular deste processo e a sua heterogeneidade. Assim como, a presença de outras variáveis que lhe possam estar associadas. O envelhecer encerra no seu interior um carácter de subjectividade que pode começar pela idade e na sua relação com o bem-estar (Degges-White & Myers, 2005), ou ser transversal a outras questões que implicam a relação com os outros.

Este estudo procura acima de tudo ser aglutinador, tentando compreender e reconhecer a complexidade. Mas sobretudo, procura apelar a uma transdisciplinariedade entre as várias dimensões que formam o processo de envelhecimento.

É fundamental compreender se a forma como cada pessoa percebe o seu envelhecimento têm influência no seu bem-estar psicológico e, se este é passível de ser influenciado por variáveis de relação subjectivas, tais como: o apoio social percebido, a percepção do estado de saúde, o estado emocional, a religiosidade e a ansiedade existencial. Estas últimas, são transversais ao na avaliação de bem-estar, no apoio social e na saúde. Esta interferência destas, não resulta numa afirmação inequívoca, pois existem poucas investigações nesta área, devido à complexidade da realidade em estudo. Tenta-se assim contribuir para um ultrapassar esta lacuna, tentando aportar uma determinada compreensão para o relacionamento entre estas variáveis.

Existem assim realidades que mostram uma maior evidência, perante este processo de envelhecimento. A religião é relevante na avaliação que os idosos fazem acerca do seu desenvolvimento, assim como a ansiedade. Esta prende-se, com os significados de vida dos idosos, podendo ajudar a explicar a co-morbilidade que existe entre estes dois constructos. A forma como o envelhecimento é percebido, pode depender das duas, e da sua conjugação. Não sendo únicas, acabam por ser muito relevantes.

O bem-estar psicológico (BEP), assume-se como uma apreciação subjectiva que os próprios indivíduos fazem das suas vidas, sobretudo, no que envolve conceitos muito abrangentes e com uma vasta subjectividade. Invoca a emotividade, realização pessoal a felicidade, satisfação com a vida, sentimentos negativos ou de conotação um pouco mais desagradável. Avaliativamente, agrega conceitos como a saúde física e psicológica, mas não deve ser tradutor da mesma (Diener & Scollon, 2003).

A saúde física e o estado mental, são condições essenciais para que possa haver uma avaliação positiva de bem-estar, mas este também, depende de outras dimensões, como a percepção da presença do outro. Deste modo, o apoio social percebido apresenta-se como uma variável relacional subjectiva, pois apresenta uma condição de conexão com o outro, podendo esta ser objectiva, e até, quantificável para o idoso ou pelo contrário, é algo que está presente, sem noção da mesma. Os idosos que não têm relações familiares ou de amizade, ou que se sentem sozinhos, apesar de terem outros por perto, tendem a ter uma pior noção de saúde física e mental. Os laços sociais podem promover uma avaliação da saúde física, como boa ou excelente. A falta dos mesmos, pode descrever um cenário antagónico, o bem-estar físico e mental é avaliado de uma forma mais negativa (Cornwell & Waite, 2009).

Em suma, todas estas evidências parecem indicar que o desenvolvimento de investigações nesta área, são essenciais. Principalmente, perante um nível de envelhecimento cada vez maior, nomeadamente, perante a complexidade e a realidade multifacetada, para a qual caminhamos. Visualizar o envelhecimento, desta forma, poderá

contribuir para uma compreensão mais pormenorizada. Podendo até concluir, talvez abusivamente, que tudo isto permitirá um olhar individualizado de cada idoso, de forma a que o processo deixe de ser associado a uma fase de senilidade e possa visto o como um processo tão ou mais importante que todos os anteriores da vida daquela pessoa.

A inserção do estudo, na área do Alentejo, tem toda a pertinência, porque os dados do INE (2002), mostram que nos próximos 50 anos, esta virá a ser uma das zonas mais envelhecidas do país. Este envelhecer deve ocorrer com qualidade e com a manutenção da autonomia dos indivíduos, procurando promover a oportunidade de os mais velhos continuarem a participar socialmente, e a minimizar as possibilidades de exclusão social (Holstein & Minkler, 2003; Kahn, 2003). Estes aspectos devem passar pela qualidade de vida, pela percepção da sua posição vivencial, no contexto cultural, de forma promover um melhor bem-estar físico e psicológico (Bieman-Copland & Ryan, 1998).

O desenvolvimento do estudo, procura reforçar estas conjecturas, assim como, a transversalidade do “controlo” nas avaliações que os idosos fazem ao longo do processo de envelhecer. O modelo de auto-regulação, na conceptualização da experiência de envelhecimento (Ridder & Wit, 2006), evidencia-se através do auto-controlo e da responsabilidade, estes aspectos são fundamentais, pois os idosos simplesmente são mais realistas sobre aquilo que podem controlar (Avison & Cairney, 2003). Para isso, as emoções jogam um papel significativo (DiMatteo, Lepper, & Chroghan, 2000 referidos por, Leventhal, Forster, & Leventhal, 2007), quer ao nível da saúde, quer ao nível do processamento cognitivo.

Face a aspectos culturais e sociais, torna-se cada vez mais difícil, delimitar o início do envelhecimento mas, segundo dados da World Health Organization (WHO), a terceira idade iniciar-se-á a partir dos 60 anos. Mas no estudo, optou-se por incluir pessoas a partir dos 65 anos, como limite mínimo, pois no contexto cultural em que o estudo se integra, esta é a idade limite da reforma das pessoas. A esperança de vida da população portuguesa tem vindo a aumentar, em particular o grupo com 80 anos e acima desta idade, por isso o pareceu pertinente, colocar como limite os 99 anos.

Como objectivo global pretende-se avaliar se as percepções de envelhecimento dos idosos, que vivem na região do Alentejo, são relevantes na avaliação do seu bem-estar psicológico.

O levantamento do estado actual do conhecimento, acerca de todas as envolventes do envelhecimento, conduziu á aplicação de uma vasta serie de instrumentos, em que alguns dos quais serão aplicados pela primeira vez nesta população, não havendo assim uma aferição dos mesmos.

Face aos aspectos diferenciados do envelhecimento, devemos ter em consideração o factor individual, ou seja, existem aspectos que não podem ser exclusivos de um só género ou classe. Por isso gostaríamos de verificar se algumas características demográficas poderão

ser fundamentais na caracterização das inferências levantadas e em que medida existem diferenças que as mesmas possam explicar.

Tudo isto, conjuntamente com a intensidade da taxa de envelhecimento, assim como, perante os novos desafios e as oportunidades que se deparam a uma sociedade cada vez mais constituída por pessoas idosas, conferem a este tema uma relevância extrema, que pode ser importante transdisciplinariamente.

Actualmente assistimos a um desenvolver de novos conhecimentos no referente à população idosa. A psicogerontologia é assim, um campo de estudo jovem e em expansão, procurando-se cada vez mais, investigar os processos pelos quais os comportamentos se transformam ao longo do curso de vida. Fundamentando a ênfase em padrões e processos de mudanças relacionados com o envelhecimento, apesar dos avanços, os conhecimentos nesta área são ainda predominantemente de cunho experimental, pressupondo futuramente uma aplicação mais profunda das conclusões.

Por isso, a velhice ainda é a fase da vida sobre a qual menos se sabe e mais carente de conhecimentos teóricos (Novo, 2003).

# CAPÍTULO I

## ENQUADRAMENTO

### TEÓRICO

O processo de envelhecimento é sinónimo de mudanças, ao nível físico, psicológico e dos papéis sociais. Estas constituem desafios para o *self*, e para a manutenção do bem-estar dos idosos. Neste sentido, a “velhice”, deve ser caracterizada como um período promissor para a investigação. Devendo esta ter como objectivo, o traçar de metas face a uma compreensão e a uma melhoria ao nível da intervenção junto das populações idosas. O envelhecimento manifesta-se na sua densidade de um todo unitário, e esta é a perspectiva que é transversal ao longo deste estudo. É preciso subdividir este todo em pequenas partes que permitem uma visão mais ampla e precisa desta realidade.

Neste capítulo, serão analisados os constructos sobre os quais incide este estudo, bem como, as relações entre as variáveis, tentando mostrar o nível conceptual das informações que se encontram disponíveis sobre as mesmas.

## **8. O Processo de Envelhecimento**

O envelhecimento deve ser caracterizado, como um período promissor, que encerra internamente uma enorme singularidade, que é preciso integrar de forma holística.

Esta é uma realidade global, que se divide em dimensões muito diferenciadas, pois dependem da percepção que cada um elabora, acerca deste processo vivencial.

### **.1 Percepções de Envelhecimento**

As percepções e experiências de envelhecimento assumem a sua importância, muito para além do conhecimento que nos possam oferecer, é fulcral perceber a forma como se relacionam com a saúde (Levy, 2003; Levy, Slade, & Kasl, 2002; Levy & Myers, 2005), ao nível dos comportamentos (Sarkisian, Prohaska, Wong, Hirsch, & Mangione, 2005), no bem-estar (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001; Westerhof & Barrett, 2005) e na forma como as pessoas se vêem ou criam a sua identidade (Sneed & Whitbourne, 2005). As percepções de envelhecimento nos indivíduos de meia-idade e em idosos, referem-se à forma como cada um concebe o processo do envelhecimento e, pela extensão da sua própria experiência, na transição para velhice. Inicialmente, estas foram definidas como os pensamentos ou avaliações acerca das características da idade e do processo de envelhecimento (Morgan & Bengtson, 1976)

A formação de percepções e de experiências ligadas ao envelhecer, é para cada indivíduo um processo dinâmico que pertence ao *self*, e é influenciado pela interacção com os outros (Steverink et al., 2001), reflectindo a forma como o idoso interiorizou as normas sociais (Levy, 2003; Westerhof & Barrett, 2005). Existem também autores, que defendem que, a forma como as percepções de envelhecimento são construídas, implicam uma avaliação pessoal. E embora, sejam edificadas com base nas normas e na opinião cultural/individual, reflectem os julgamentos do indivíduo, sobre os momentos mais importantes da sua vida e, de tudo aquilo que permitiu a sua continuidade (no que acreditou, na forma como resolveu os conflitos, na relação com a saúde...), (Furstenberg, 2002).

O conhecimento dos determinantes do comportamento, pode contribuir, para a compreensão dos processos psicológicos na saúde e na doença. Esta conclusão, está de acordo com a teoria de auto-regulação, que postula que os indivíduos regulam o seu comportamento no sentido de maximizar o seu bem-estar e reduzir o desconforto, de acordo com as suas representações cognitivas e emocionais (Leventhal, Brissete, & Leventhal 2003). Estas são sustentadas, pelo contexto sócio-cultural onde o indivíduo está inserido, que promove a construção das percepções, sejam de doença, ou da sua condição desenvolvimental. Esta perspectiva é estimulada por diferentes variáveis como as crenças individuais, o grupo de pertença, e a experiência pessoal com a doença. As quais interagem de forma natural nos indivíduos (Leventhal et al., 1997).

O modelo de auto-regulação (Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998), tem contribuído para a compreensão dos factores subjacentes à selecção, início e adopção de comportamentos relacionados com a saúde. Juntamente com os mecanismos de *coping*, a representação da ameaça ao estado de saúde, e a avaliação dos resultados, são os componentes principais do esforço do indivíduo em regular o seu comportamento. A representação de uma doença é constituída por vários atributos que exercem uma influência importante na selecção e manutenção dos comportamentos relacionados com a saúde. Para isso contribui em larga medida, os esquemas mentais, ou protótipos de doença, que influenciam o seu comportamento (Bishop, 1991).

As cognições de doença são, as crenças implícitas de senso comum que o indivíduo tem sobre a sua doença (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992; Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998). Os indivíduos criam os seus próprios modelos ou representações da sua doença, de modo a que esta faça sentido ou que responda aos seus problemas (Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Home, 1996).

### **1.1 Processo de construção do conceito**

O interesse pelo envelhecimento foi surgindo desde que socialmente este processo de desenvolvimento foi sendo relevante para as sociedades, compreender a velhice era fundamental para descrever este grupo etário, muitas vezes esquecido e alvo de alguns preconceitos e discriminações. Estas atitudes negativas, são o que provocam o despoletar do interesse com esta população. Era imperativo entender os conhecimentos disponíveis, desmistificar algumas ideias, perceber as destrinças da qual este grupo era alvo. Mas acima de tudo, era importante perceber como é que os outros avaliavam esta população, ou esta fase das suas vidas.

Inicialmente as percepções de envelhecimento, surgem associadas à forma como os outros visualizavam os idosos e não, de forma auto-perceptiva, atendendo à forma como os próprios se visualizavam a si próprios (McTavish, 1982). Esta ideia é fundamental, pois existiu historicamente uma visualização externa do fenómeno, antes de prioritariamente se avaliar o envelhecimento, desde a perspectiva pessoal dos indivíduos que o vivenciam.

O desenvolvimento deste conceito mais do que associado a uma linha de conhecimento, ou teorização, surge associado à investigação em Gerontologia, Psicologia Social e Clínica. A primeira referência, é a do instrumento "Perceptions of Old Age", de Youmans (1971), onde existe uma tentativa de inventariar a forma como as pessoas descreviam, de forma realista (tentando evitar a dissimulação) e muito próxima, o que pensavam acerca do envelhecimento, sentimentos de ansiedade sobre envelhecer, distância ou proximidade social, responsabilidade e inerência no fenómeno (cuidar de familiares, pais...), assim como as atitudes positivas ou negativas.

Este era administrado a pessoas, quer com idade próximas quer afastadas do envelhecer, assim como a técnicos que trabalhavam nesta área. Mais tarde desenvolve-se o instrumento “Perceptions of Aging”, (Bengtson et al., 1975 referidos por McTavish, 1982), que se foca nas atitudes positivas das pessoas face ao envelhecimento. Contrariamente, surgiram instrumentos que avaliavam os atributos negativos da percepção acerca de do acto de envelhecer (Morgan & Bengtson, 1976 referidos por McTavish, 1982)

A ideia comum a todas estas investigações, prende-se com a conceptualização das percepções. Considerando que estas são um conceito ordinal, que deve ser avaliado num contínuo e, sob uma perspectiva multidimensional. Que deve atender a uma componente direccional (favorável/desfavorável, positivo/negativo, concordar/discordar...). Esta classificação, vem de encontro à forma como estes instrumentos, avaliavam os itens propostos (McTavish, 1982).

Existe no entanto, um factor quase totalmente comum, as idades situam-se entre 50-70 anos, o que podemos considerar como algo muito reduzido. Contudo, temos de fazer uma leitura contextualizada, face aos anos nos quais estas investigações foram desenvolvidas (anos 70-80), onde a esperança de vida era bastante mais baixa.

Em suma, as percepções de envelhecimento não são assim um fenómeno tão recente, como poderíamos julgar, são um fenómeno que desde sempre interessou à Psicologia, mesmo que no início se analisa-se sob um prisma de hetero-relação, mais do que a partir de uma auto-percepção.

### **1.1.1 Percepções de Envelhecimento e Implicações**

Cada vez mais os estudos sobre a auto-percepção fornecem avanços na compreensão biopsicosociológica em gerontologia. Estas receberam inúmeras influências, desde variáveis mais sociais (educação, rendimento económico, feminino), variáveis ambientais (o clima, o contexto geográfico) e variáveis mais pessoais (perda do cônjuge, doença crónica, incapacidade funcional, desempenho sensorial). No entanto, se estas variáveis forem negativas, verificar-se-á uma auto-percepção de envelhecimento igualmente negativa (Jang, Poon, Kim & Shin, 2004; Lucchetti, Corsonello, & Gattaceca, 2008).

O envelhecer deve transportar, a capacidade de preservar a auto-identidade positiva e esta, pode ser uma chave para a adaptação bem sucedida no envelhecimento. Indivíduos mais velhos e com percepções mais positivas de envelhecimento, sobrevivem mais anos, em relação aos que apresentam percepções menos positivas de envelhecimento (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002).

Seguindo esta linha de investigação, a auto-percepção da saúde mostrou que é capaz de prever significativamente uma variedade de resultados, incluindo a utilização de serviços, *distress* emocional, a morbilidade e a mortalidade (Borawski, Kinney, & Kahana, 1996; Idler & Benyamini, 1997; Maier & Smith, 1999). A positividade das percepções acerca

do envelhecer, mostram um melhor ajuste face às situações e acontecimentos, reforçando uma melhor qualidade de vida (Levy, Slade & Kasl, 2002).

Existem variáveis ligadas à saúde mental e psicológica, que são fundamentais na forma como cada indivíduo percebe o processo de envelhecimento: a solidão (Beyene, Becker, & Mayen, 2002, referidos por Barker et al., 2007), a satisfação na vida (Efklides, Kalaitzidou, & Chankin, 2003, referidos por Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey & Conroy, 2007), a depressão (Gatusso, 2001, referido por Barker et al., 2007), a qualidade de vida (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Hohli, 2001, referidos por Barker et al., 2007), as estratégias de *coping* (Prohaska, Keller, Leventhal, & Leventhal, 1987, referidos por Barker et al., 2007) e os comportamentos, através da adopção de comportamentos promotores de saúde (Levy & Myres, 2004).

Determinados traços de personalidade e características psicológicas, têm reflexos num aumento da susceptibilidade às percepções negativas ou positivas do seu próprio envelhecimento. Podendo também, reforçar um sentido de auto-domínio sobre a saúde ou actuar como factor protector (Kahana et al., 1995).

## **1.2 Pressuposições no acto de Envelhecer**

Durante o envelhecer, as mudanças são excessivamente diferenciadas para cada pessoa, e bastante abrangentes, caracterizando-se por uma diminuição de funcionalidades e por vezes também, perda de competências.

“Ser velho”, passa também por ser capaz de conseguir ultrapassar barreiras, e ter a noção de que é necessário, não perder a capacidade de fazer adaptações. Estas são por vezes, mais traumáticas que o lado negativo do desenvolvimento e, passam pela competência de ser capaz de se reconstruir face a uma nova realidade.

Realidade que é sentida como estranha, quando é acompanhada pelo conhecimento de novos significados e pela percepção de novas relações, seja estas sociais ou emocionais.

Os indivíduos envelhecem de formas muito diversas e, a este respeito, podemos falar de uma idade biológica, uma idade social e uma idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica (Fontaine, 2000).

A idade biológica, está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão, sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e, a capacidade de auto-regulação torna-se, também menos eficaz. Quando existe um envelhecer social, aponta-se para uma idade social, referindo-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela vivência do idoso. Por sua vez a idade psicológica, relaciona-se com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, incluindo a inteligência, a memória e a motivação.

Todas estas diferenças são percebidas pelo idoso, a forma como elabora esta avaliação é importante na sua posição perante ele próprio e no relacionamento com os outros. Por isso quando olhamos um idoso nos olhos, devemos ser capaz de ir para além do cansaço, das rugas e da tristeza, devemos valorizá-lo pelo conhecimento e por esta extraordinária capacidade de se recontar como pessoa. Reside nele a chave da visualização do seu processo de envelhecer.

### **1.3 Envelhecimento e a Saúde**

As percepções de envelhecimento, podem encontrar sustentação no modelo de auto-regulação de Leventhal (Leventhal, 1984, referido por Barker et al., 2007), os indivíduos desenvolvem representações das ameaças que possam acontecer à sua saúde ou da sua doença. Essas representações podem ser avaliadas em várias dimensões: a identidade (crenças sobre a natureza da doença e dos sintomas); consequências (impacto da doença na sua vida); duração (crença sobre a duração e o curso da doença, se é aguda, crónica ou cíclica); controlo (crença que o indivíduo tem, de ser capaz de monitorizar a sua própria doença); e representações emocionais (resposta emocional, que o indivíduo atribui à sua doença).

Seguindo assim o modelo anterior, podemos tentar explicar as percepções de envelhecimento (Barker et al., 2007), atribuindo dimensões ao envelhecimento. Dimensões como: a identidade (crenças sobre o envelhecimento, no contexto de saúde, relacionadas com mudanças como o declínio físico); duração (consciência que o indivíduo tem da própria experiência de envelhecimento, ao longo do tempo. A duração pode ser crónica, e estar associada à inactividade (Barak & Stern, 1986, referidos por Barker et al., 2007) e à degradação da saúde (Westerhof, Barrett, & Steverink, 2003, referidos por Barker et al., 2007). Pode também ser cíclica, quando o indivíduo umas vezes sente que está a envelhecer e, outras vezes não; e também é importante ter em atenção, as consequências (o impacto que o envelhecimento tem na vida do indivíduo).

Este impacto, pode ser positivo e estar associado ao aumento da criatividade (Lindauer, Orwoll, & Kelley, 2000, referidos por Barker et al., 2007) e a um aumento do bem-estar subjectivo (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Hohli, 2001, referidos por Barker et al., 2007). 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 et al., referidos por Barker et al., 2007). O controlo, quando o indivíduo acredita que é capaz de monitorizar a sua experiência de envelhecimento. Quando o indivíduo sente, que consegue controlar a sua vida, isso pode facilitar e contribuir para o seu bem-estar. O controlo pode ainda ser positivo ou negativo); as representações emocionais (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 a adopção de estratégias de *coping* mal-adaptativas (Gomez & Madey, 2001, referidos por Barker et al., 2007).

Com base nesta visão, os autores (Barker et al., 2007) construíram o questionário APQ (Aging Perceptions Questionnaire). A auto-regulação, funciona como um modelo de processamento da informação, em resposta a alterações ou ameaças ao estado de saúde, permitindo ao indivíduo perceber-se a si, e as mudanças no seu estado de saúde. Podendo assim, actualizar as suas representações num sentido saudável ou mal-adaptativo.

#### **1.4 Envelhecimento Activo**

Uma das chaves do envelhecimento saudável, é a manutenção ou mesmo a promoção do bem-estar emocional (Baltes & Baltes, 1990; Lawton, 2001). É o processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Este envolve, determinantes pessoais, comportamentais, ambientais, de saúde física/emocional, económicos e sociais (WHO, 2002)

O conceito de activo, refere-se a uma participação contínua e dinâmica, ao nível relacional, psicológico e cultural, não apenas à capacidade de ser fisicamente activo. Para tentar alcançar esta meta, é necessário fortalecer a autonomia, a independência e a qualidade de vida.

Podemos afirmar, que cada vez mais este processo corresponde a uma experiência heterogénea, pois não se inicia ao mesmo ritmo e, nem ocorre de uma forma padronizada, em todos os indivíduos. Existem variáveis, que permitem estabelecer algumas diferenças entre a forma como individualmente, é percebido o envelhecimento. Cada vez mais se assiste à defesa de uma perspectiva de envelhecimento saudável, ou de sucesso, esquecendo a visão mais negativa, que atribuía características ligadas à doença ou ao declínio cognitivo (Lupien & Wan, 2004).

O envelhecimento e a velhice, são duas esferas complementares e indissociáveis. Podemos ver o envelhecimento como um processo que, no plano individual, implica múltiplas trajectórias de vida e, no plano colectivo, se constrói a partir das diferentes influências que acompanham a vida, e se estendem até à velhice. Esta, sempre foi conotada como algo negativo, visão esta que se encontra muito ultrapassada, pois a aposta é num visualizar do envelhecimento como algo que pode ser bem-sucedido. Para esta nova visão, importa salientar a subjectividade, que representa uma medida imprescindível, correlacionando-se com o *status* geral de bem-estar e com os indicadores objectivos de saúde (Paschoal, 2002).

O envelhecimento positivo, é resultado de inúmeras influências, como o crescimento e a adaptação às mudanças, a subsistência da saúde física/mental, e social. Para ocorrência desta realidade, a aprendizagem é algo fundamental, pois através desta, os

idosos poderão aprender novas estratégias de enfrentar as contingências a que são submetidos (Duay & Bryan, 2006; Knight & Ricciardelli, 2003). Os idosos relataram fazer um menor uso deste tipo de estratégia, talvez pelo facto de apresentarem uma menor reserva funcional para manter o mesmo nível de desempenho, e, conseqüentemente, menor controlo pessoal sobre as competências. Todavia, a sensação de controlo sobre o desempenho das capacidades funcionais (física, eficácia mental, aparência física e competência diária), não se correlaciona positivamente com a percepção subjectiva e satisfação com o seu desempenho pessoal (Rothermund & Brandstädter, 2003). Isto sugere que, com as perdas que advêm do envelhecimento, os idosos se acomodariam com o nível de desempenho. Dando assim, menor importância e menor padrão aos domínios funcionais, estes, mesmo que usados de forma heterogénea, revelam que é possível atenuar os défices e as perdas, próprias do processo de envelhecimento.

Para Baltes & Smith (2006), os indivíduos que fazem uso da selecção, optimização e compensação, estão entre os idosos que se sentem melhor e permanecem mais activos. O suporte social, é um dos recursos mais significativos usados pelos idosos. Envolve a percepção de apoio recebido, a sensação de controlo sobre as relações sociais, e a perspectiva de trocas que incluem factores afectivos, emocionais e materiais. A percepção e a satisfação, juntamente com o apoio social recebido, foram correlacionadas positivamente com menores índices de sintomas depressivos (Antonucci, 2001).

A continuidade é a evidência, que assegura essa visão menos patológica, pois traduz-se na condição de perpetuar hábitos, estilos de vida e relações sociais que se construíram ao longo da vida (Gullifer & Thompson, 2006). Existindo, complementos que é preciso serem assegurados, como a vontade de continuar a aprender, a sensação de segurança que poderá advir dos relacionamentos sociais e, a satisfação com a vida (Buys, et al, 2008).

Em suma, as percepções permitem-nos explorar as perspectivas dos idosos acerca de si e da sua vida, pois estas vão permitir-nos, compreender melhor a adaptação ao processo do envelhecimento. Não obstante, os estereótipos sociais das condições do envelhecimento e da vida que cada indivíduo enfrenta, assim como as percepções, têm um papel essencial no determinar do bem-estar físico e emocional desta população (Maier & Smith, 1999). Perante a diversidade e, as especificidades dos aspectos que envolvem os idosos, os estudos devem ser bastante abrangentes, pois entre as várias contingências que envolvem a sua realidade, as fronteiras são demasiados ténues.

A avaliação das percepções do idoso, vão para além das dimensões físicas e funcionais, devem incluir também variáveis de cunho emocional, psicológico, social e religioso, uma vez que tais factores podem ser importantes para auxiliarem no *coping* necessário para a adaptação à realidade da velhice (Figueiredo, Mello Wagner, & Cançado, 2002).

## **2 Saúde e Estado Emocional**

Quando intervimos com idosos ao nível da sua saúde, temos de ter consciência que estes não percebem os riscos da mesma forma. Sendo as perdas uma incidência de desenvolvimento central desta idade, então poderíamos assumir que a avaliação dos riscos quanto à sua saúde ficaria seriamente afectada, e isso poderia conduzir-nos a uma avaliação determinista. No entanto, existem competências inerentes no envelhecimento, que apontam para um crescimento e uma mudança contínua, que neste período podem ter implicações positivas. Estas, não somente são de um nível vivencial, como também têm influência na cognição dos idosos, como, igualmente na sua qualidade de vida e experiência, no processo do envelhecimento (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002).

### **2.1 Conceito de Saúde no Idoso**

A saúde é um componente importante na vida das pessoas idosas, assumindo a sua preponderância, na forma como estas permanecem independentes e autónomas (Arber & Ginn, 1993). Uma boa saúde, é fundamental para aumentar ou manter a qualidade de vida dos idosos, e garantir a continuidade da contribuição destes na vida social (WHO, 2001).

Uma condição de saúde nociva, implica uma maior vulnerabilidade e dependência na velhice (Barreto, Giatti, Uchôa & Lima-Costa, 2002), sendo esta considerada por muitos como uma ameaça ao bem-estar (Arber & Ginn, 1993).

A saúde é um conceito multidimensional e dinâmico, contribuindo para uma certa indefinição do próprio conceito de estado de saúde. A caracterização das condições de saúde nos idosos, requer informações sobre diferentes aspectos da sua vida, cada elemento deve ser visto como um indicador específico. Contudo, a sua relevância individual é quase nula, por isso surge a necessidade de se analisarem várias variáveis estruturais, que possam descrever o estado geral de saúde do indivíduo ou a sua importância na compreensão do envelhecimento (Portrait, Maarten, & Degg, 2001).

### **2.2 Percepções do Estado de Saúde**

A doença e a saúde, formam um processo dinâmico que reflecte a ligação estrutural entre o corpo e a sociedade, os quais são cruciais para se estudar a percepção do estado de saúde. Em estudos longitudinais, os indivíduos que definem o seu estado de saúde como regular ou negativo, foi associado com a mortalidade (Mackenbach, 1994). O envelhecimento, é acompanhado de um crescimento da mortalidade por doenças crónicas que, em geral, afectam os idosos com mais frequência e causam limitações ou dificuldades que influenciam a capacidade relativa às actividades habituais, levando à diminuição da qualidade de vida. Isto permite, que a sua percepção de saúde seja avaliada como mais negativa.

Com base, nas características do estado de saúde objectivo, ou seja, a idade, sexo, satisfação vivencial, residência; o risco de mortalidade é maior para os indivíduos que manifestaram um estado de saúde negativo, face aos que manifestaram um estado de saúde positivo (Goldstein, Siegel, & Boyer, 1984). Uma grande incapacidade funcional, tende a formatar as percepções do estado de saúde como menos favoráveis (Rakowski, 1990).

A auto-percepção de saúde mede, de forma global, o estado de saúde do indivíduo, incorporando aspectos da saúde cognitiva e emocional, como também da saúde física (Ofstedal, Zimmer, Cruz, Chan, & Lin, 2002). Estas percepções do estado de saúde, são importantes, pois ajudam a explicar características como a adesão ao tratamento e a regeneração do estado de saúde (Petrie, Jago & Devcich, 2007).

A ocorrência de factores de risco associados a problemas de saúde, varia segundo, o sexo e a situação social (Macintyre, Ford & Hund, 1999; Bird & Rieker, 1999). Em mulheres, a obesidade, o sedentarismo, o *stress*, a depressão e as pressões ligadas aos papéis sociais, são apresentados como factores que aumentam os riscos de doenças. Já entre os homens, comportamentos de risco como excesso de consumo de álcool, tabagismo, maior exposição a situações de violência, acidentes e riscos ocupacionais, são mais frequentes e colaboram, com o aumento de riscos de problemas de saúde a longo prazo (Gomes & Tanaka, 2003). Verifica-se também, que os indivíduos com maiores habilitações literárias e, por consequência, com melhores acessibilidades a serviços de saúde, apresentam maior capacidade de avaliar e compreender as suas doenças (Sen, 2002).

As percepções do estado de saúde, tem um papel mediador, entre a saúde física e mental, influenciando o bem-estar. As atitudes positivas face à saúde, desencadeiam comportamentos promotores de saúde, logo levam a adoptar práticas mais saudáveis (Jang, Bergman, Schonfeld & Molinari, 2007). Estas percepções subjectivas, afectam as necessidades centrais do indivíduo, face a situações que colocam em causa a sua saúde (Karademas et al, 2008).

As doenças crónicas, são sinónimos de um número significativo de consequências para o idoso, e isso perturbam de forma significativa o bem-estar destes. Contudo, é preciso reforçar que concomitante a isso, a capacidade de resiliência dos idosos é considerável. E através de processos de auto-regulação da personalidade, o idoso pode aumentar, a sensação de auto-estima positiva e de satisfação pessoal (Silva & Günther, 2000).

Um problema na avaliação da percepção de saúde, é a sua natureza subjectiva, que ocasiona diferentes respostas, consoante as interpretações dos indivíduos, em relação às questões com as quais se deparam. As diferenças culturais, também determinam que em certos contextos, os indivíduos, principalmente os idosos, consideram a saúde comprometida, como algo natural (Beckett, 2000), e este facto é necessário ser valorizado.

Adoptando uma postura mais holística, devemos apontar a relação entre o apoio social e a percepção do estado de saúde, pois os indivíduos que avaliam o seu estado de saúde como sendo precário, possuem também baixos níveis de apoio social. O apoio social quando existente ou percebido, como tal, permite que as percepções sobre o estado de saúde, se apresentem de forma mais positiva (Dantas, Pelegrino & Garbin, 2007; Lankveld, Teuniss, Näring, Vonk & Hoogen, 2008).

A percepção de saúde pode mudar, em resposta a uma variedade de eventos (Bailis, Segall & Chipperfield 2003), sendo a saúde psicológica um factor importante, na compreensão e avaliação do estado de saúde dos indivíduos. Pois a estes, é inevitavelmente, associado a um declínio psicológico, físico e cognitivo, conduzindo a um decréscimo da qualidade de vida.

### **2.3 A implicação do Controlo na Saúde dos Idosos**

É fácil julgarmos esta população, como seres que já não possuem um auto-controlo na sua saúde, pois as doenças crónicas podem funcionar como factores de discriminação, e são de facto, uma realidade muito análoga a esta população, no entanto, estas não são impeditivas. Os idosos absorvem informação e sobretudo, desenvolvem um sentido crítico (Wu, Tang, & Kwok, 2004).

O envelhecimento, traz desafios crescentes à saúde de uma pessoa, particularmente, na predominância de doenças crónicas, assim como no declínio geral do idoso e na avaliação global do envelhecimento (em termos de auto-confiança, ansiedade perante o fim, recursos intelectuais...). Os indivíduos, percebem a adaptação e as mudanças que acompanham o envelhecimento, de forma a permitirem uma manutenção do sentido do controlo. Este, é testado perante estes desafios da saúde mas, é também um recurso que afecta a saúde. Assim, o relacionamento entre o sentido de controlo, na percepção de envelhecimento, e a saúde, é recíproco e permanece dinâmico nos idosos (Caplan & Schooler, 2003). Estabeleceu-se quase um consenso, sobre a forma como o envelhecimento, actua de forma negativa na percepção de controlo do idoso. Apesar de a este, estarem associadas perdas irreversíveis e mudanças incontroláveis, que devem desafiar a percepção de auto-controlo, não devemos esquecer dois factores importantes: um indivíduo não se transforma de repente em “velho”, e este não é uma testemunha inactiva no processo de envelhecimento (Skaff, 2007).

Este controlo, é visto como um recurso que afecta a forma como os idosos, reagem na avaliação do envelhecimento, a problemas de saúde, a factores de stress (individual e social) e a factores mais emocionais. Actua como mediador e monitor, no relacionamento entre estes factores e a saúde (DeVellis & DeVellis, 2001). A saúde e o sentido de controlo, são interactivos no processo de envelhecimento. Os problemas de saúde são um desafio para a maioria dos idosos, mas está provado que a adaptação é completamente possível, mesmo num processo de envelhecimento muito significativo (Ryff, Singer, Love & Essex,

1998). Nos idosos, as influências sociais e estruturais, influenciam todas estas percepções, assim como, a diminuição do número de papéis que um ocupa. Esta pode diminuir, tal como a noção de perda de controlo ao nível dos apoios (Adwin, 1992; Avison & Cairney, 2003)

## **2.4 Depressão e Ansiedade**

Como já foi mencionado, na velhice existe um acentuar das perdas e estas são visualizadas pelos idosos, como algo fatídico, quase sempre acompanhadas por sentimentos de desespero e ansiedade. As relações sociais, nesta fase são filtradas e vividas mais intensamente, devido a todo um acumular de factores emocionais, psicológicos, físicos e cognitivos. Mas existe um factor que desorganiza tudo isto, que passa pelas alterações do traço mnésico, (capacidade para recordar situações, algumas relações inclusive as familiares), tudo isto faz com que o idoso, perca a noção de si próprio e de pessoa.

Muitos idosos, passam por um fenómeno que podemos denominar de isolamento ou desprendimento, os idosos tendem desliga-se da sua vida. A tudo isto, é associado o negativismo com que alguns idosos vivenciam, e percebem o processo de envelhecimento (Adwin, Spiro III & Park, 2006). No entanto, ainda existem aqueles que adoptam uma postura activa, e vivem esta fase como apenas mais uma etapa a vencer. No entanto, os primeiros tem tendência a conotar tudo com base numa leitura através de emoções muito negativas, que não os deixam despertar para o que existe de positivo. Os estudos sobre o envelhecimento, mostram-nos uma realidade de investigação muito conotada ao lado biológico, físico e social, esquecendo que o mais importante se prende com a saúde mental. É necessário dar uma atenção especial, ao lado emocional da vida de cada idoso, pois este pode ser determinante nos vários aspectos da sua vida (Lenze et al., 2001)

Existem muitas perturbações mentais, que passam pelo desenvolvimento de problemas psicológicos, como a ansiedade, a depressão e a falta de esperança. A primeira traduz-se, através da ansiedade, e manifesta-se em sintomas como a insónia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem como sintomas físicos como taquicardia, tontura, dores variadas... A ansiedade, surge associada a uma visão catastrófica dos acontecimentos, esta pode também estar relacionada com as limitações vivenciadas na velhice e, interpretadas como ameaçadoras. Esta também, conduz os indivíduos a verem a realidade como algo inultrapassável, para eles quer ao nível físico, quer cognitivo. Esta negatividade, interfere com todas as funções cognitivas, bloqueando a compreensão da realidade ou distorcendo-a (Coes, 1991). Estes sintomas surgem, maioritariamente associados à depressão. Evidenciam-se poucas investigações, acerca da prevalência da ansiedade, na população acima de 65 anos (Bryne, 2002). A ansiedade, em idosos com mais de 80 anos, surge associada a sintomas depressivos, devendo-se

considerar a presença de co-morbidade entre ansiedade e o humor depressivo (Xavier et al., 2001).

A depressão passa por um sentir triste, como resposta comum a eventos da vida, como o sofrimento de uma perda. Esta perturbação, é uma das mais frequentes em idosos, no entanto, o diagnóstico pode ser difícil, pois o processo complexo de envelhecimento apresenta características semelhantes aos sintomas depressivos, podendo os sintomas resultar dessa relação (Piccoloto, Wainer, Benvegnú & Juruena, 2001). A depressão, envolve alterações no funcionamento de um idoso, estes evidenciam um funcionamento social, cognitivo e de bem-estar, muito diminuído. Avaliando, as suas patologias como muito piores, do que na realidade são (Fleck et al., 2002). Tudo isto, é importante, quando analisamos os idosos institucionalizados, pois acima de tudo a sua visão da realidade, é fruto das condições que esta oferece. Por isso, é fundamental, a preocupação, em maximizar, promover a autonomia e a independência dos idosos, se isso acontecer, os idosos evidenciam sentimentos mais positivos, face a si próprio e à sua condição social/física (Garbin & Montewka, 2000).

Percepções negativas, podem conduzir o idoso a desenvolver sentimentos de desesperança. Estas caracterizam-se, por pensamentos e por uma visão pessimista e negativista perante o futuro, e está fortemente relacionada, com a depressão, tendem a avaliar-se negativamente a si mesmos, ao mundo e ao futuro.

A desesperança está relacionada, com o sentimento de fracasso, sendo que na velhice, o fracasso ocorre com maior frequência, devido à perda de recursos físicos, mentais e sociais, que conduzem a sentimentos de abandono e de ansiedade, perante a vida. Os idosos, também podem sentir-se muito marcados por sentimentos de impotência e fragilidade, principalmente quando falham o desempenho de uma determinada função ou competência. Idosos que se encontram fisicamente bem, sem qualquer dificuldade grave, tende a não evidenciar estes aspectos, mesmo que estejam numa instituição (Birren & Schroots, 2001).

## **2.5 Emoção na avaliação da Saúde**

Estereotipando a idade avançada, esta é sempre visualizada como um período de perda inevitável e contínua, do bem-estar subjectivo.

Entretanto, embora os eventos de vida negativos tendam a transformar cognitivamente os idosos, o emocional não parece ser comprometido pelo processo de envelhecimento. De facto, evidências indicam que o envelhecimento emocional saudável é caracterizado, por um realce total da experiência emocional, transversal à vida total do idoso (Carstensen, Mikels, & Mather, 2006; Charles & Carstensen, 2007).

O bem-estar emocional melhora com o objectivo, de levar a cabo experiências emocionalmente gratificantes. Os idosos usam o controlo cognitivo, para realçar os estados emocionais, isto é, usam recursos cognitivos para regular a emoção. Utilizam para isso,

processos estratégicos de controlo, para conseguir alcançar os objectivos emocionais, tendo em conta as limitações relativas à idade, e às estruturas neurais. O controlo cognitivo permite, que estes dirijam a sua atenção e a memória, de forma a satisfazerem as necessidades emocionais. Usar este controlo como uma ferramenta regulamentar da emoção, torna-se cada vez mais útil com idade, assumindo o bem-estar emocional, um papel fundamental naqueles que futuramente terão limitações.

Este controlo cognitivo, é particularmente visível, no controlo de alguns sentimentos, como a raiva face a problemas complicados e através da utilização de estratégias, que foram acumulando e trabalhando, durante toda uma vida, como um serenar interno (Phillips, Henry, Hosie, & Milne, 2006). Estudos revelam, que os idosos experimentam menos sentimentos de aflição durante situações difíceis, numa comparação com pessoas mais jovens (Charles & Carstensen, 2007). Estes dão, maior prioridade ao regular da emoção na velhice, uns para acomodar-se às expectativas sociais e, outros quando o desejo social é esclarecido (Phillips et al., 2006). Os ganhos quanto à regulação da emoção, com a idade, conduzem a emoções negativas menos intensas durante o conflito interpessoal. As competências de dar forma consciente, a respostas emocionais e aos objectivos, são tão ou mais eficazes, com o avanço da idade. Centrar recursos cognitivos, sobre objectivos emocionais, oferece uma maneira de sentir o presente de forma positiva. Este centrar no positivo, pode conduzir a um suprimir da informação negativa, a fim de realçar o bem-estar emocional, conduzindo “a um efeito de positividade” na atenção e na memória (Carstensen & Mikels, 2005; Mather & Carstensen, 2005).

Nos idosos, existe um aumento da consciência face ao valor do tempo e também, um realce na motivação de procurar da gratificação emocional da vida. Contrariando, tudo o que se pensava até agora, investigações recentes apontam para um centrar no positivo mais do que na informação negativa, comparando estes dados com pessoas mais novas (Carstensen & Mikels, 2005; Charles & Carstensen, 2007). É notório, o evitar das situações, que são emocionalmente negativas. O *status* emocional pode afectar o *status* cognitivo, e esta noção é importante, nomeadamente, quando nos debruçamos sobre a percepção dos idosos face à avaliação da sua saúde. A forma como este bem-estar, é promovido, é basilar, pois o bem-estar emocional, pode produzir ganhos na saúde física, reduzindo sintomas psicológicos e promovendo uma maior satisfação de vida. Podemos afirmar, que mais que em outros grupos etários, na velhice, existe uma grande heterogeneidade, devido às mudanças nas múltiplas dimensões da vida dos indivíduos como: o aspecto físico, psicológico, social e cultural. No entanto, ainda que seja comum que o idoso apresente pelo menos uma doença crónica, no seu curso de vida, o estudo do envelhecimento não deve focar apenas a patologia. Segundo Ramos (2003), a presença de alguma limitação da saúde, não é determinante para uma avaliação negativa da saúde, pois idosos, com uma saúde mais deficitária, podem continuar a levar uma vida autónoma, independente e com relativo bem-estar.

### **3 Apoio Social**

O apoio social, é actualmente, um dos principais conceitos na psicologia da saúde (Dunbar, Ford, & Hunt, 1998). O apoio social, alivia o *distress* em situações de crise, podendo inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo se encontra doente, tem um papel positivo na recuperação da doença. O apoio social, define-se, como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós" (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983).

#### **3.1 Definição do conceito de Apoio Social**

O apoio social pode definir-se, como parte da rede informal e a mais próxima, dos relacionamentos do idoso. Sendo um construto muito abrangente, a sua operacionalização é difícil. O contacto e as trocas sociais, possibilitam ao idoso desenvolver maior resiliência e bem-estar psicológico, promovendo a manutenção de respostas mais adequadas diante eventos de stress, tal como problemas de saúde. Desde muito cedo, que o apoio familiar, como dar e receber informações, proporcionar ajuda material e emocional, dar às pessoas a sensação de bem-estar e de valorização, possibilita a construção e a manutenção de uma identidade social, além de apoio na atribuição de sentido às suas experiências de vida (Lemos & Medeiros, 2002).

Diferentes autores, fazem a distinção entre diversos tipos de apoio social. Por exemplo, apoio social psicológico e não-psicológico, o primeiro, refere-se ao fornecer de informação e o segundo, ao apoio social tangível (Cohen & McKay, 1984).

O sentimento de pertença, amor e segurança que advêm de um apoio social adequado, proporcionam maior resistência ao stress, reduzindo os seus efeitos negativos, presentes na saúde mental e física do idoso. Uchino, Uno e Holt-Lunstad (1999) afirmaram, ainda, que os relacionamentos interpessoais podem influir também na saúde, através da, promoção de comportamentos saudáveis, que podem alterar directamente as funções endócrinas e de imunidade.

#### **3.2 O Apoio Social no Idoso**

Numa revisão de literatura, acerca de evidências epidemiológicas, da relação entre apoio social e saúde, realizada por Broadhead *et al.* (1983), concluiu-se a existência, de uma forte correlação entre estas duas variáveis.

Os factores sociais, tais como as redes sociais (família e amigos), são esperados no promover positivo da auto-percepção, quanto ao envelhecimento e à saúde. Os indivíduos com recursos sociais, têm uma percepção mais favorável de si e das situações (Krause, 1997). A existência de laços e de uma sustentação forte social, ou seja, do outro, podem amparar o amor-próprio dos indivíduos, mais velhos. Este apoio social, é um factor social

muito importante, quer nas tarefas de desenvolvimento do envelhecimento, quer também no apoio que fornece aos indivíduos, face às exigências do meio envolvente (Segrin, 2006).

Este apoio social é determinante na forma como o indivíduo se percepção, e este período é caracterizado por uma avaliação objectiva e subjectiva, sobre o que constituiu a sua vida. O envelhecimento, fornece uma ideia de isolamento (face às perdas e ao afastamento de pessoas significativas), sendo necessário encontrar estratégias, para preservar e promover probabilidades positivas entre os idosos.

As redes sociais de apoio, ou de suporte, caracterizam-se pelo sentimento de pertença a esses mesmos grupos, e devem assentar em medidas de integração social (frequência de contactos sociais), apoio recebido (quantificação de ajuda), e sobretudo, devem ter em conta o apoio percebido pelo idoso, e que pode não ser por este reconhecido (Uchino, 2004).

O apoio social desempenha, uma forte influência na saúde, e no bem-estar dos indivíduos. Modelos teóricos tentam, explicar a estrutura e o funcionamento da rede de apoio social, assim como as suas influências na qualidade de vida das pessoas. O *Main Model*, afirma que a rede social influencia, directamente a saúde e o bem-estar, ao fornecer fontes de auto-estima e de de vínculos afectivos. Permite também, de um aumento da competência, do reforço da percepção de presença, do fortalecimento da imagem pessoal e da promoção da percepção de auto-eficácia (Samuelsson, Thernlund, & Ringström, 1996). Contudo, a rede social também pode criar sofrimento e dor, através de um *feedback* negativo, aquando da ausência da mesma rede social.

As redes informais de apoio a idosos, (familiares, amigos, vizinhos), exercem um papel fundamental, especialmente, quando as redes formais (instituições de solidariedade) são escassas ou insatisfatórias. Estas permitem, que o idoso juntamente com os seus familiares e amigos exerçam, um papel significativo na manutenção do seu próprio bem-estar. No entanto, embora a família seja a fonte primária, de apoio social e afectivo, ao idoso, as relações de amizade na velhice repercutem de forma especialmente benéfica.

Portanto, as amizades funcionam como importante factor de protecção ao idoso, especialmente quando são espontâneas e permitem a troca de experiências e vivências comuns (García, Banegas, Pérez-Regadera, Cabrera, & Rodríguez-Artalejo, 2004).

### **3.2.1 O papel dos Relacionamentos Sociais**

As relações sociais influenciam, a saúde e o bem-estar, de forma permanente, com efeitos evidentes, para as dimensões múltiplas da saúde nos idosos. Esta influência, mostra a sua evidência, ao nível da mortalidade, dos factores de risco para a saúde (hipertensão, e níveis de colesterol) e ao nível dos comportamentos (Cohen, 2004; Seeman, 2000).

O apoio social é também importante, na diminuição de riscos na doença cardiovascular, na mortalidade do cancro, e no declínio funcional (Seeman & McEwen, 1996; Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996). Os relacionamentos sociais, igualmente

contribuem para o bem-estar e para as qualidades emocionais. Estas, relações estreitas, influenciam de forma positiva a vida dos idosos. Os estudos sobre o bem-estar subjectivo confirmam, que as relações estreitas, são um predictor de confiança e de promoção de felicidade e satisfação de vida (Diener & Seligman, 2004).

Estes indicadores são fundamentais também, na promoção da adaptação ao esforço vivencial, sobretudo na incapacidade física e de doença. O início e/ou a progressão de uma incapacidade, são acompanhados, frequentemente, por comportamentos de aflição, dor e de perda de energia, logo a necessidade do outro e do apoio social, pode aumentar durante este período (Seeman, 2000).

Uma falta de apoio social, evidencia uma influência negativa entre indivíduos com doença crónica, desencadeando efeitos nocivos, no funcionamento físico dos idosos (Sherbourne, Meredith, Rogers, & Ware, 1992). Os benefícios, dos efeitos físicos e psicológicos dos relacionamentos sociais, são garantidos através do um papel dinâmico na relação com o outro, ou seja, os idosos adoptam um papel activo no controlo dos seus relacionamentos sociais, procurando investir o seu tempo, em relacionamentos emocionalmente recompensadores, e evitando ou minimizando a sua participação, nos que não são percebidos como tal (Carstensen, Issacowitz, & Charles, 1999; Lang, 2001).

Neste sentido, os idosos podem ser considerados, como activamente propensos a desenvolver esforços emocionais, na tentativa de dar forma ao seu ambiente social, cultivando e tirando proveito, das forças dos seus relacionamentos sociais ou da sua rede de suporte. Contudo, nem sempre é possível controlar os seus relacionamentos sociais, de modo a que, as interacções com outro sejam permanentemente recompensadoras (Krause & Rook, 2003). A diminuição da saúde ou a mobilidade, por exemplo, podem interromper estes padrões estabelecidos de interacção, com membros sociais da rede, facto que acontece quando existe a institucionalização. Este facto, muito comum, nesta população pode conduzir à perda das relações sociais mais importantes, criando desafios adaptativos, que são preciso ser ultrapassados, para a manutenção do seu bem-estar (Rook, Mavandadi, Sorkin & Zettel, 2007).

Quando às interacções negativas, estas ocorrerem, do modo como os idosos respondem, e tem implicações no seu próprio bem-estar, e no sentido emocional da sua eficácia, isto é, fazem com que esse idoso se reconsidere ou se avalie a si próprio.

Dado que, o falecimento está associado com os declínios na saúde mental e física, a competência dos idosos, para identificar fontes alternativas de sustentação e de companhia (por exemplo, no caso de morte do cônjuge), pode jogar um papel importante no sustentar da sua saúde psicológica e física. Por isso, é necessário, compreender as circunstâncias em que os benefícios compensatórios dos laços sociais emergem, e se estes, se constituem como estruturas estáveis, que possam voltar a dar apoio a esse idoso. Devido, a este papel central do apoio social, surge cada vez mais a necessidade, de compreender todas as variáveis, que a este se associam, e a preponderância no processo de envelhecimento.

### **3.3 Diferenças no Apoio Social Percebido**

Quanto ao género, é importante face às diferenças da nossa amostra, estabelecer a distinção, no que pode ocorrer entre homens e mulheres. As mulheres, tem mais competências interpessoais (o que permite manterem relações mais calorosas e íntimas), as relações sociais entre elas, são de maior qualidade, do que as relações entre os homens. Além disso, a rede de apoio social de mulheres é composta por um número maior de pessoas, em relação à dos homens.

As mulheres são apontadas, como as principais cuidadoras dos demais membros da família, ao longo das suas vidas, o que pode estar associado à manutenção deste papel social ou da possibilidade, de receber o cuidado dos familiares como retribuição (Neri, 2005). Os homens tendem, a relacionar-se exclusivamente com os seus cônjuges. Ainda existem, diferenças significativas, observadas nos homens casados, que favorecem o apoio proveniente da família (Turner & Marino, 1994)

Em suma, o apoio social pode-se interpretar como um conjunto de unidades circulares, que rodeiam o indivíduo: a unidade mais próxima é aquela que assume maior importância, e o mais íntimo apoio; este não é tão íntimo na unidade mais afastada do indivíduo, uma outra, centra-se no apoio formal, dado por instituições e organizações de apoio solidário (Antonucci & Akiyama, 1987, referidos por Siebert, Mutran, & Reitzes, 1999).

A maior parte dos estudos, incide no apoio social, enquanto medida redutora de stress, mas, sobretudo, cada vez mais se tenta estudar o apoio social, como estrutura que promove o bem-estar psicológico e a satisfação de vida. Sobretudo, insere a sua importância, nas percepções que o idoso tem acerca de si próprio. Estas redes sociais funcionam, como o factor patrociniador face ao processo de envelhecimento (Litwak, 1981).

## 4 Religiosidade e Espiritualidade

Outra variável importante a ser considerada, como um factor relacionado com a saúde e o bem-estar do idoso, é a religiosidade. Goldstein e Sommerhalder (2002) definem este conceito, como, os “comportamentos e crenças associados à religião”, que devem ser considerados, sob um prisma multidimensional. Este deve contemplar, tanto os aspectos subjectivos, da experiência religiosa, quanto as suas várias manifestações comportamentais. Existe actualmente, um alerta colectivo e indulgente, quanto ao aspecto da religiosidade, visto que cada vez mais a ciência admite, a importância da dimensão espiritual e religiosa do ser humano, e a sua importância nas percepções individuais (Peres, Simão & Nasello, 2007; Panzini, Rocha, & Fleck, 2007)

Indícios de elevados níveis de envolvimento religioso, entre muitos idosos, sugerem a necessidade de investigação sobre as origens, as estruturas, as funções, e os resultados, de uma ampla variedade de emoções, processos cognitivos e comportamentos característicos do envelhecimento.

### 4.1 Religião

É preciso ter presente, que existe uma grande diferenciação, entre a natureza das religiões, o que por vezes, pode ser difícil de estruturar. Nunca é demais salientar, que cada vez mais, existe um número de indivíduos que vêm a religião, como algo espiritual e não no sentido tradicional. O envelhecimento traz consigo, um elevado nível de crenças religiosas e uma robustez religiosa, mas, associado surgem sintomas de ansiedade face à vida. Tudo isto, deve ser valorizado, quando trabalhamos com esta variável.

As crenças religiosas/espiritualidade, são cada vez mais um construto que exerce, uma forte influência na vida dos indivíduos, sobretudo, na forma como percebem o bem-estar físico e psicológico (Koenig, McCullough, & Larson, 2001).

Allport (1967), desenvolveu o construto de orientação religiosa ou religião subjectiva, explicando como esta, se pode dividir a um nível intrínseco e extrínseco. O primeiro, diz respeito a um entendimento total da vida. A religiosidade extrínseca aponta, para um servir de acordo, com as convenções sociais, por servir a si próprio. Em suma, o lema é, “use a sua religião” O intrínseco, privilegia uma orientação madura, em que existe uma preocupação e um comprometimento verdadeiro, a orientação é imatura e serve apenas propósitos pessoais. Resume-se em, “viva a sua religião” (Spilka, Stout, Minton, & Sizemore, 1977).

Face ao prolongar da esperança de vida, é necessário, a procura de significâncias face a estas diferenças, que se assumem como cada vez mais importantes. Presentemente, é cada vez mais evidente, que os idosos utilizam estratégias de *coping* ligadas à religião, para resolver os desafios do envelhecimento (Koenig, George, & Siegler, 1988).

Estudos apontam, para que a igreja funcione, como apoio social, influenciando a saúde na velhice e revelando que os idosos, que frequentam com regularidade a igreja, sentem-se mais próximos da sua congregação, sentem um maior suporte emocional e espiritual e, confessam ter uma relação de maior intimidade com Deus. Estes, são mais otimistas, e apresentam uma melhor saúde, comparados, com os indivíduos pessimistas (Krause, 2002).

Existem inúmeros aspectos da religião, que se encontram associados a doenças físicas, assim como a construtos emocionais, como: a depressão (Acklin, Brown, & Mauger, 1983; Shreve-Neiger & Edelstein, 2004), o bem-estar (Ayele, Mulligan, Gheorghiu, & Reyes-Ortiz, 1999 referidos Shreve-Neiger & Edelstein, 2004) e a auto-estima (Commerford & Reznikoff, 1996; Sherkat & Reed, 1992 referidos por Commerford & Reznikoff, 1996; Sherkat & Reed, 1992).

As Investigações, em diferentes áreas (ex., Psicologia, Medicina, Economia) estabelecem cada vez mais, uma relação entre a religião e a saúde. E embora, existam indicadores contraditórios, um grande conjunto de estudos, apontam para melhores indicadores de saúde mental/psicológica, e para uma adaptação ao stress, em pessoas que desenvolvem actividades religiosas (Moreira-Almeida, Lotufo Neto, & Koenig, 2006).

Outros estudos mostram, que pessoas envolvidas em práticas religiosas ou espirituais são fisicamente mais saudáveis e, apresentam um estilo de vida mais equilibrado, usando menos os serviços de saúde (Koenig, 2004). O impacto dos benefícios da actividade religiosa, na saúde, chega a ser comparado com o abandono do tabagismo, e até mesmo, com o acréscimo de alguns anos á esperança de vida (Neumann & Peeples, 2001).

#### **4.2 Religiosidade e Espiritualidade – duas realidades na mesma condição**

É também evidente, a separação entre religião e espiritualidade, pois estas aparecem muitas vezes como parte da mesma realidade. Podemos assim considerar, a religião como um construto multidimensional (Shreve-Neiger & Edelstein, 2004). Esta pode ser conceptualizada, através de três componentes: religiosidade organizacional (participação religiosa activa, frequentar com frequência a igreja), religiosidade subjectiva (a importância e o espaço ocupado pela religião, na vida dos indivíduos) e as crenças religiosas (convicções acerca dos pressupostos da igreja).

Sendo esta a dimensão menos investigada, devido à difícil operacionalização de um construto, tão subjectivo e abstracto, pois está na mente dos indivíduos (Krause, 1993 referido por Shreve-Neiger & Edelstein, 2004).

A espiritualidade pode ser definida, como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas. Esta é reconhecida, como um factor que contribui para a saúde, e para a qualidade de vida dos indivíduos, expressa-se através, de uma busca individual, mediante a participação em grupos religiosos, que possuem algo em comum, como fé em Deus, naturalismo, humanismo (Puchalski, 1999).

### **4.3 Papel das crenças**

A religiosidade e as crenças foram analisadas, por Koenig (1992), em uma pesquisa com 850 idosos, sobre a frequência do uso da religião no confronto com perturbações mentais. Segundo o autor, na maioria dos pacientes idosos, do sexo masculino, o comportamento anti-depressivo ocorreu através da religiosidade, sendo inversamente relacionado, com a manutenção da depressão na hospitalização desses pacientes. Em 1993, o mesmo autor, estudou a relação entre a ansiedade e as práticas religiosas, concluindo que a religião possibilita uma maior sensação de bem-estar, com um maior compromisso social do idoso, tendo como consequência uma comprovada diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos (Larson & Larson, 1991). Verificou-se também, um aumento da sensação de bem-estar, face à religiosidade, em idosos.

As crenças religiosas, têm o poder de moderar a emoção, muitas pessoas vêem a religião, como uma estrutura de protecção. Pesquisas indicam, que muitos idosos, utilizam as suas crenças religiosas, como resposta à doença, à morte de entes queridos, e a para uma antecipação da sua própria morte, de forma a tentarem diminuir, a ansiedade existencial que advém desse acontecimento (Pargament & Park, 1995; Pargament, Van Haitsma, & Ensing, 1995).

Estas podem ser factor crucial, na adaptação do indivíduo, perante os vários acontecimentos. Estruturam-se numa parte importante da cultura, dos princípios e dos valores utilizados pelos idosos, para dar forma a julgamentos e no processamento de informações. As inclinações perceptivas, pode fornecer ordem e compreensão de eventos dolorosos, caóticos e imprevisíveis, bem como serem determinantes, em questões intrinsecamente relacionadas com a velhice, como a perda e as doenças. São importantes também, na aceitação, atribuição de sentido a experiências desagradáveis e na busca de apoio social. Negativamente, podem levar a comportamentos de passividade, de interpretação de acontecimentos desagradáveis, de forma incorrecta, atribuindo um carácter de punição divina, sentimentos de culpa, depressão (aumento da auto-crítica ou exigência individual) e ansiedade (Goldstein & Sommerhalder, 2002).

Na maioria das vezes, as crenças religiosas e as práticas religiosas, estão correlacionadas inversamente com os sintomas da ansiedade ou perturbações ansiogénicas. A religião ajuda muitos idosos, com perturbações de ansiedade, a lidar com os seus sintomas, reduzindo os sintomas da ansiedade, pois esta funciona como fonte de suporte. No entanto, a religião pode igualmente, agravar a desordem de ansiedade; pois estes podem, manipular ou distorcer a religiosidade, sendo esta utilizada, de forma defensiva, evitando a mudança saudável. No entanto, as crenças podem ser importantes no incentivo, a alcançar um bem-estar psicológico mais eficaz, pois estão profundamente relacionadas com a psicopatologia (Koenig, 2009).



#### **4.4 Religião e Funcionamento Mental**

Koenig, George e Peterson (1998), chegaram a conclusões acerca da associação entre os estados depressivos, a religiosidade intrínseca e a hospitalização. A vivência e prática religiosa intrínseca, podem ser factores preditores positivos, na remissão da depressão, pois os idosos, que apresentavam essas características respondiam ao tratamento realizado, em menor tempo que os outros que eram privados de uma experiência religiosa. Para Shkolnik, Weiner Mlik e Festinger (2001), a religiosidade pode influenciar os idosos, no aumento da satisfação da vida, saúde e na participação em actividades.

Economicamente, também existem vantagens, pois a prática espiritual, é isenta de custos e, os seus benefícios resultam em menos gastos hospitalares, medicamentos e exames diagnósticos (Hudson, 1996). No entanto, obviamente, a prática religiosa não deve substituir a prática médica.

A religião, estabelece relações com um determinado número de desordens, no entanto a mais surpreendente, é a falta de estudos que permitam estabelecer índices de ansiedade, co-existindo com a religião, de facto, face à importância dada a estes dois construtos, não deixa de ser curioso que a relação entre eles, escassamente, tenha sido estudada. No entanto, existem estudos que relacionam a religião, como factor que permite uma diminuição da ansiedade, e o contrário, existindo também estudos que não encontram qualquer tipo de relação entre os dois construtos (Shreve-Neiger & Edelstein, 2004).

Face ao carácter multidimensional da religião, existem alguns problemas metodológicos que é preciso salientar, que se prendem com a difícil operacionalização. Este aspecto negativo, mostra que este estudo pode ajudar um pouco a compreender e a consolidar, a relação entre a religião e a ansiedade, e sobretudo, a sua influência nas percepções dos indivíduos face ao seu envelhecimento.

#### **4.5 Religião e saúde**

Existe um determinado número de estudos em saúde e sobre o bem-estar, que demonstra os efeitos positivos da religiosidade na saúde de idosos (McFadden, 1995, 1996). Estes servem como estimulantes, para que cada vez mais, se possa investigar os processos complexos dos efeitos protectores da religião, assim como, os efeitos nos sentimentos mal-adaptativos, crenças e nos comportamentos. A religião demonstra, ser uma variável importante, na avaliação do envelhecimento, pois apresenta-se como um factor protector face à sustentação social, na avaliação da saúde e no bem-estar do idoso, contribuindo para níveis mais baixos de mortalidade (McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000). Estudos apontam também, para a influência desta, na diminuição de taxas de ocorrência de doenças comuns nos idosos (Miller & Thoresen, 2003).

A relação entre religião e saúde, tem sido alvo de vários estudos, através da análise de variáveis, como o bem-estar subjectivo e a saúde, ajustamento pessoal, apoio social percebido (Brown & Benjamins, 2004; Levin, 1994). Para além da influência ao nível da

saúde subjectiva, a sua significância pode estender-se a outros aspectos da vida dos idosos. A religião assume, a sua importância no aumento gradual do nível de envelhecimento, ou seja, com o passar do tempo a relação com a religião vai aumentando, sendo proporcional, à preocupação com aspectos sintomáticos e aspectos ligados à sua saúde subjectiva (Krause, 1998; Gall, 2003).

A religiosidade é uma variável muito importante, na formação e percepção do sentido de vida, particularmente nos idosos, este significado é vivencial (Ardelt, 2003; Krause, 2002). Coincidindo, com o período de desenvolvimento onde frequentemente encontramos dificuldades na avaliação da própria vida, desencadeando, posteriormente sentimentos de ansiedade. Existem algumas evidências, que focam a importância da religiosidade numa compreensão do significado da vida, na percepção de si próprio, que culmina num bem-estar psicológico (George, Ellison & Larson, 2002).

#### **4.6 Estudos actuais sobre a Religiosidade**

Nas interfaces entre a religiosidade e a saúde física/mental, Levin (1994) pontua que, a religião pode ser entendida conjuntamente com outras variáveis de cunho psicossocial, e como um factor presente, na compreensão dos aspectos referentes à morbidade e mortalidade. A religiosidade tende a aumentar, com a idade, pois existe uma maior ocorrência de eventos não controláveis na velhice (perdas e doenças crónicas), que exigem estratégias de *coping* mais específicas e eficazes. Havendo um recurso à crença e à prática religiosa (Goldstein & Sommerhalder, 2002).

Existem autores que deliberaram, sobre as principais influências da religiosidade na vida das pessoas, entre as quais se encontram, os comportamentos e os estilos de vida saudáveis; o apoio social (promovedor da coesão social e do sentimento de pertença a um grupo específico); e o bem-estar subjectivo através de direcção espiritual (Moreira-Almeida, Lótufo-Neto, & Koenig, 2006; Guimarães & Avezum, 2007). A religiosidade pode possibilitar, uma maior aceitação e resiliência, perante eventos causadores de *stress*. O aumento da religiosidade com o avançar da idade, é uma fonte importante de suporte emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental, conjuntamente, com o fortalecimento dos vínculos sociais (Floriano & Dalgarrondo, 2007). Contudo, é necessário ressaltar que a religiosidade, envolve não apenas comportamentos religiosos, mas também um conjunto de crenças e interpretações, que estão presentes na compreensão e na actuação do indivíduo perante ele próprio e a sua realidade (Goldstein & Sommerhalder, 2002).

Os estudos sobre a relação, entre a religiosidade e o estado de saúde, são cada vez em maior número, no entanto nem todos concordam com uma correlação positiva entre ambas as variáveis, alguns apontam para pequenas evidências, que nos levam a colocar algumas interrogações. Existem, no entanto, indicadores que nos apontam claramente para o papel da religiosidade, quer em termos de saúde física, quer em termos emocionais (Koenig, 2001).

Contudo, há um factor comum, na investigação acerca do envelhecimento e da religiosidade, esta parece ser o factor de protecção em termos de saúde e do estado emocional, que se reflecte no bem-estar psicológico dos idosos. Para além, da relação entre a saúde e a religião, pode ser importante o nível do apoio social, ou seja, a percepção ao nível das relações sociais (Koenig, McCullough, & Larson, 2001). Vários estudos permitiram afirmar, que o apoio social é um mediador importante na influência da religião, na saúde, nos idosos (George, Ellison & Larson, 2002).

A religião é um construto multidimensional, com uma diversidade de expressões, que podem ter implicações, muito diferenciais nos fenómenos psicológicos (McFadden, 1996). A religião e a espiritualidade, recentemente têm recebido atenção especial, em conjunto com os factores psicossociais, mostrando que podem influenciar os resultados da saúde física. Particularmente, em idosos, há uma íntima associação com as perturbações físicas e mentais (Butler & Lewis, 1995). A religiosidade, tem uma dimensão central na vida de uma grande parte dos idosos (Ferraro e Kelley-Moore, 2000), relacionando-se com o surgimento, manutenção e possibilidade de atenuação dos problemas na saúde física e mental (Levin & Chatters, 1998).

Monteiro (2004), afirma que o aumento da espiritualidade, com o avançar da idade, é uma fonte importante de suporte emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental. Práticas e crenças religiosas, parecem contribuir assim, decisivamente para o bem-estar na velhice (Goldstein & Sommenhalder, 2002; Thomas & Eisenhandler, 1994), sobretudo, através do apoio social e estratégias de lidar com o stress (Krause & Van Tran, 1989; Koenig, George, & Peterson, 1998).

## 5 Ansiedade Existencial

A ansiedade, é uma experiência humana universal, que nos remete a uma questão essencial: tentar compreender o significado da ansiedade e a sua importância no desenvolvimento do ser humano. A ansiedade existencial, envolve a apreensão sobre o significado da vida e da morte. Esta significação é importante, no bem-estar psicológico (Tillich, 1952a). A vida é definida, por Tillich (1976), como sendo a actualização do potencial do *self*. Ao longo do desenvolvimento assistimos, a este tipo de desenvolvimento. Os termos, "acto", "acção", e "actual" denotam um movimento de centralidade dirigida para a frente, um sair do centro de acção. Mas este, "sair de si", ocorre de tal forma que, para Tillich (1976), *"o centro não se perde nesse movimento centrífugo. Permanece na auto-identidade na auto-modificação."* Ou seja, está presente na capacidade de nos visualizarmos como pessoas e na forma como nos podemos transformar.

Distinguem-se três elementos no processo da vida: auto-identidade, auto-modificação, e volta para si mesmo.

### 5.1 Definir Ansiedade Existencial

Este construto é demasiado complexo, e prende-se com uma multifactoralidade (Shreve-Neiger & Edelstein, 2004). A ansiedade, é um sentimento, de certa forma, útil. Caracteriza-se por uma sensação de alerta, que permite ao indivíduo ficar atento a um perigo eminente, e tomar as medidas necessárias para lidar com a ameaça.

Byrne (2002), destaca que são frequentes sintomas de ansiedade em idosos, e na maioria das vezes, a ansiedade, vem associada a perturbações depressivas e a doenças físicas. Todavia, há poucas investigações, a respeito da prevalência de ansiedade na população acima de 65 anos, a falta de estudos acerca da ansiedade existencial, permite-nos também investigar numa área pouco explorada.

#### 5.1.1 Distinção entre Medo e Ansiedade

Tillich (1952), faz uma distinção entre o medo e a ansiedade, o primeiro surge a partir um objecto específico, que perante uma avaliação do indivíduo, pode ser confrontado por este, ou por ele evitado.

A ansiedade, por sua vez, não tem um objecto, ou melhor, o seu objecto é a negação de todo o objecto. O processo não se desencadeia com base em algo específico.

O sentimento de abandono no estado de ansiedade pode ser observado sem qualquer exclusividade humana, é comum a todos os seres. A sua expressão carece de uma falta direcção, é caracterizada por reacções inadequadas, e por uma falta de intencionalidade.

O estado de ansiedade, caracteriza-se por uma ausência de algo no qual o indivíduo possa centrar-se, o objecto a existir, é a própria ameaça, mas nunca é a fonte da ameaça, porque esta resume-se é "nada", a um não existir palpável.

Medo e ansiedade são distintos, mas não são duas realidades dissociáveis. São consistências inerentes, a ansiedade funciona como o estímulo do medo, e este atrai a ansiedade para si próprio. Assim, podemos afirmar que nos idosos a ansiedade perante o fim da sua vida, é algo inevitável, pois esta é a uma realidade inequívoca, e manifestar-se à através de sentimentos de medo, que vão desencadear uma necessária readaptação em termos de bem-estar. Esta adaptação poderá ser ultrapassada, tendo em conta o apoio social dessa pessoa, a suas percepções de si próprio e da sua vida ou até através do suporte da religiosidade.

## **5.2 Dimensões de Ansiedade**

Tillich (1952a), definiu a ansiedade existencial em torno de 3 domínios de apreensão. Os três tipos de ansiedade estão de tal maneira emaranhados, que é difícil fazer uma distinção clara, pois existe, uma interdependência e uma correlação, muito significativa entre eles. Todos eles, na unidade básica, são existenciais, isto é, estão implicados na existência do homem, como homem, na sua finitude e na sua possível morte. Assim, pode dizer-se, que os três tipos, a ansiedade é existencial, no sentido em que pertence à existência. Pertence à estrutura do homem, como tal, não poderá ser atribuída a um estado anormal da mente, como na ansiedade patológica.

Este autor, descreve a ansiedade patológica como, um estado de ansiedade existencial que acontece sobre condições especiais. É necessário ter a coragem de assumir a ansiedade, como algo inerente a si próprio, pois só isso impedirá o desespero, aquele que não consegue tomar com coragem a sua ansiedade sobre si próprio, pode não obter êxito em evitar o desespero (situação extrema de ansiedade).

### **5.2.1 Destino e a Morte**

O primeiro domínio, refere-se á ansiedade sobre o destino e a morte, neste existe uma ameaça de morte relativa ao *self* e ao destino. O não ser, ameaça o homem como um todo, e portanto, ameaça tanto sua auto-afirmação espiritual, como a, que diz respeito aos seus antepassados. Existe um atribuir, de insignificação para a ameaça absoluta do não ser, à auto-afirmação espiritual, e o termo inabilidade, para a ameaça relativa a ela. A ansiedade da inabilidade, é despertada, pela ameaça do não ser ao conteúdo especial da vida espiritual. Inabilidade e perda de significação, são expressões da ameaça do não ser, à vida espiritual, que está implícita na finitude do homem e conseqüente morte.

O não-ser, ameaça um terceiro lado, ameaça a auto-afirmação moral do homem. O ser do homem, tanto ôntico, como espiritual, não só é dado a ele mas, também reclamado por ele. Ele é responsável por ele próprio. Ele próprio se pergunta, o que fez de si próprio, colocando-se como juiz. Essa situação, produz a ansiedade que, em termos relativos, é a ansiedade da culpa e, em termos absolutos, é a ansiedade da auto-rejeição ou da condenação. O homem é essencialmente, "liberdade finita", não no sentido de

indeterminação, mas, no sentido de ser capaz de se determinar por meio de decisões, no núcleo do seu ser. O homem, como liberdade finita, é livre dentro das contingências da sua finitude. O não ser, está misturado com o ser na sua auto-afirmação, espiritual e ôntica. A consciência desta incerteza, é o sentimento de culpa.

### **5.2.2 Vazio e Falta de Significado**

O segundo, centra-se no vazio e na perda de significado, esta é sinónimo de vazio e quaisquer interesses no final, nomeadamente, na falta de importância da existência do próprio indivíduo. E está relacionado, com a culpa e a condenação. A ansiedade sobre a culpa e a condenação, envolve as ameaças percebidas sobre a identidade moral e a ética dos indivíduos (Tillich, 1952b). A ansiedade relativa ao vazio, e a percepção que o indivíduo possa sentir, acerca de não ter significado (ou falta de significado da sua vida), é algo que pode ser sentido pelos idosos. Se analisarmos o processo de envelhecimento, conseguimos perceber, que estes domínios são muito comuns, numa avaliação da vida, algo que é realizado pelos idosos.

### **5.2.3 Culpa e Condenação**

Destino e morte, são os meios pelos quais a nossa afirmação do ser é ameaçada, pelo não ser. O não ser, ameaça a auto-afirmação moral do homem. O ser do homem, tanto a sua base hereditária como a espiritual, não lhe é oferecido a ele, deve ser reclamado por ele. Ele é o responsável por ele próprio, deve-se perguntar o que fez de si próprio, colocando-se como juiz. O homem é essencialmente, produto de uma liberdade finita, não no sentido de indeterminação, mas no sentido de ser capaz de se determinar, por meio de decisões tomadas por si próprio.

O indivíduo, conforme o autor, não consegue atingir uma satisfação plena ao longo do seu desenvolvimento, se continuar a negar a sua finitude, ou seja, ver-se a si próprio como um ser finito.

Este processo de conhecimento de si gera, angústia e medo, face à sua existência. Sendo esta angústia, caracterizada por um “não ter objecto”, vem do “interior” do indivíduo, enquanto, que o medo provém de fora, é algo externo. A angústia suscitada pela existência temporal, é compensada por uma coragem que afirma a sua temporalidade. Sem essa coragem, o ser humano não suportaria viver o presente. Esta torna possível, viver essa presença do aqui e do agora. O passado já foi, e o futuro ainda é não consciente, (Tillich, 1976). Por isso é essencial o presente e a sua total vivência.

## **5.3 Envelhecimento e a Ansiedade Existencial**

Feifel e Nagy (1981), chegaram à conclusão, que as pessoas com maiores índices de medo vêem a morte de forma mais negativa, e temem-na com o avanço do processo de envelhecimento.

Tomer & Eliason (1996), apresentaram um modelo integrado sobre a ansiedade face à morte, postulando a existência de antecedentes imediatos, do medo da morte como: uma queixa perante o passado, baseando-se nos objectivos que não foram atingidos; uma lamentação, acerca do futuro, com a constatação de que existem expectativas e objectivos que não serão realizados, assim como, a significação que atribuem à morte, ou seja, a representação que tem desta.

Em suma, Paul Tillich distingue três elementos essenciais, ao processo de actualização da vida do homem: auto-identidade, auto-modificação, e volta para si mesmo. A centralidade, ocorre em toda a forma de vida e o movimento, no qual a centralidade se actualiza, é chamado de auto-integração da vida. Os três tipos de ansiedade descritos por Tillich: a ansiedade do destino e da morte; a ansiedade do vazio e falta de significado; e a ansiedade de culpa e condenação, denotam que a ansiedade é existencial.

A ansiedade pertence à existência do homem, como tal, a compreensão da ansiedade no homem, segundo sua consciência, deve centrar-se no ser e no não ser. A consciência da sua finitude, remete-o para dentro de si, na busca de uma integração e de uma centralidade.

## 6 Bem-estar Geral e Psicológico

O bem-estar é um construto complexo, que diz respeito à experiência e ao bom funcionamento do indivíduo. Segundo a investigação, este conceito pode derivar de duas perspectivas: 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. Tudo isto, define, o bem-estar, como o funcionamento completo do indivíduo (Ryan & Deci, 2001).

O bem-estar psicológico, é um construto associado ao funcionamento psicológico positivo do indivíduo (saúde mental), às dimensões que possibilitam sentimentos de satisfação e de felicidade consigo próprio, com as suas condições de vida nos âmbitos social e relacional, tendo em conta as realizações pessoais passadas e expectativas relativas ao futuro (Novo, 2003).

### 6.1 Visão positiva por contraste com a Patologia

Existe uma visão nova, nas abordagens de saúde mental, em que esta não se traduz somente, na ausência de doença (Keyes, 2003; Keyes, & Magyar-Moe, 2003; Ryff & Singer, 1998), mas também, pelas capacidades e potencialidades do indivíduo. Neste âmbito, esta investigação, pretende respeitar estes pressupostos, procurando contribuir para a compreensão deste domínio, nos idosos. A maioria dos estudos, procura investigar em que medida a depressão influencia o bem-estar dos idosos, evidenciando mais uma vez a procura da patologia (Netz, Wu, Becker, & Tenenbaum, 2005; Strawbridge, Deleger, Roberts, & Kaplan, 2002; Söjsten & Kivela, 2006). É preciso, cada vez mais, centrar o estudo no domínio do bem-estar psicológico ao longo do *continuum* do desenvolvimento humano (Fernandes & Vasconcelos-Raposo, 2008).

O modelo de Ryff (1989a), defende que, na velhice, a manutenção do bem-estar não se vincula somente a ausência de doença, mas também, pelos recursos positivos que sustentam a saúde. Assim sendo, o seu modelo contempla dimensões que permitem captar, não só os aspectos negativos, assim como, a manutenção de recursos positivos e sinais de crescimento e desenvolvimento. Que cada vez mais, se reconhecem como compatíveis, com a velhice. Para uma concepção mais positiva, do indivíduo, Ryff (1989a, 1989b), propôs um modelo multidimensional do bem-estar psicológico que integra seis dimensões: domínio do meio, aceitação de si, relações positivas com os outros, autonomia, objectivos na vida e crescimento pessoal.

O envelhecimento, enquanto fenómeno contínuo, compreende grande parte destas condições, mas a capacidade de adaptação a qualquer mudança, exige uma alteração pessoal contínua e, neste sentido, o envelhecimento positivo depende do equilíbrio entre as suas potencialidades e limitações.

Assim, é importante relacionar o sentido de vida, com o bem-estar subjectivo na velhice, envelhecer com boa qualidade de vida, está associado a sentir-se bem com a vida actual e ter expectativas positivas em relação ao futuro. Existe cada vez mais, uma argumentação, no sentido de uma saúde mental positiva, centrando-se no pressuposto de que o bem-estar emocional é, delimitado como algo mais que a mera ausência de sintomas psicopatológicos (Seligman, 2002; Ryff & Singer, 1998).

As investigações no domínio do envelhecimento, procuraram conceptualizar o significado de um envelhecimento bem sucedido, na inclusão de dimensões como: a felicidade, o equilíbrio emocional, o bem-estar subjectivo e a depressão, permitindo consolidar o bem-estar positivo (Ryff, 1989a).

O idoso através, de uma superação ao longo da vida, promove o surgimento de um funcionamento psicológico positivo. Este tende, a referir-se a menores níveis de crescimento pessoal, em relação, aos restantes grupos etários, sendo essas diferenças relativas às faixas etárias, igualmente, verificadas em estudos portugueses (Ferreira & Simões, 1999; Novo, 2003). Isto vem reforçar, a linha de estudos que defendem que existe outra variável, que associada com o bem-estar funciona, como predictor, as auto-percepções (Fernandes & Vasconcelos-Raposo, 2008).

A informação, acerca do *self*, é organizada de acordo com o contexto envolvente e de acordo com as auto-percepções específicas, de cada domínio da vida, pelo que o sentimento de si, é deste modo correctamente descrito como um complexo sistema de construtos. Que envolvem tudo aquilo que faz parte da realidade deste grupo populacional (Oosterwegel & Oppenheimer, 2002).

## **6.2 Importância do Self**

É preciso contemplar, outras dimensões psicológicas, que caracterizam o funcionamento positivo. Assim, podemos afirmar, que a promoção de bem-estar baseia-se profundamente, no conhecimento de si. O indivíduo desenvolve o conhecimento sobre o *self*, sendo capaz, de construir novos recursos internos que actuam na forma como ele elabora os seus sentimentos e gera os seus comportamentos. A interpretação de experiências e comportamentos, bem como o controlo e a regulação das emoções, são mediados pelo *self*. Este influencia, o bem-estar psicológico e a qualidade de vida percebida, que conjuntamente, favorece o senso de continuidade. Consequentemente, o modo como o idoso avalia o seu bem-estar psicológico, também depende, do *self*, mesmo perante, adversidades e mudanças (Novo, 2001, referidos por Couto, Koller & Novo, 2006).

Esta importância de conhecer-se a si próprio, ajuda o indivíduo, a avaliar a forma como se percebe a si próprio, no processo de envelhecer, e aos recursos que desenvolve, de forma a encontrar, sustentação para viver esta etapa.

As relações sociais, são fundamentais, no envelhecimento, os idosos que vivem sozinhos revelam um menor bem-estar psicológico, quando comparados, com os idosos que

vivem acompanhado s. Revelam, ainda, maior susceptibilidade à depressão e à ansiedade, além de uma comorbidade existente entre depressão, saúde física, depressão e demência (Cheng, Fung, & Chan, 2008; Cairney, Corna, Veldhuizen, Herrmann & Streiner, 2008).

Existe uma forte evidência, entre altos níveis de contacto e apoio social, e a redução do risco de mortalidade, o estatuto da saúde física e mental, a capacidade física e o bem-estar. Os relacionamentos sociais, parecem conferir benefícios à saúde e ajudar os indivíduos, a lidar com as adversidades da vida (Bowling, Barber, Morris, & Ebrahim, 2006).

Estudos realizados, nesta vertente, revelam que elevados níveis de bem-estar psicológico, estão associados, a um melhor funcionamento cognitivo e à diminuição, ou até, à eliminação dos sintomas depressivos (Llewellyn, Lang, Langa, & Huppert, 2008).

### **6.3 A um nível Individual e Social**

A relação entre, o bem-estar e o envelhecimento, remete-nos para o próprio sentido da vida do idoso. Para a capacidade de nos avaliarmos a nós mesmos, e tudo isto, pressupõe sentimentos, cognições e relações sociais. O idoso deve fazer uma percepção pessoal, positiva ou negativa, da sua qualidade de vida, dos seus próprios comportamentos e do contexto social.

Idosos com uma saúde débil, que vivem num contexto muito adverso, auto-avaliam a sua qualidade de vida como positiva, ao terem uma compreensão de finitude próxima, que os leva a tentar viver de forma a reduzir a ansiedade existencial. Este pressuposto, sugere que o bem-estar psicológico, é influenciado, por características da personalidade. Existe uma avaliação, como um todo, em termos de satisfação, realizações pessoais (Westerhof, Dittmann-Kohli, & Thissen, 2001), saúde física (Steveřink et al., 2001; Kunzman, Little & Smith, 2000) e mental (Steveřink et al., 2001).

Mas o bem-estar, é igualmente, promovido se houver um bom funcionamento intelectual (Clarke, Marshall, Ryff, & Rosenthal, 2000), persistência em continuar a estabelecer metas (Wrosch, Heckhausen, & Lachman, 2000) e a importância concedida ao apoio social (Litwin, 2001; Pinguart & Soerensen, 2000).

As variáveis sociais são tão importantes, quanto as variáveis mais individuais, como a personalidade. Existe uma relação positiva entre, a extroversão e o bem-estar, face a acontecimentos e a uma participação nos mesmos. Isto permitirá, um bem-estar positivo, existem indicações, que afirmam que existe uma correlação negativa, entre neuroticismo e bem-estar subjectivo. (Lu & Shih, 1997).

Em suma, a saúde tem uma forte correlação com o bem-estar subjectivo, mas essa relação, é muito mais significativa quando valorizamos a percepção do idoso, quanto à sua saúde e à sua visualização, do seu envelhecimento.

O bem-estar psicológico tem sido reconhecido, como um factor protector contra os problemas de saúde. O bem-estar subjectivo e envelhecimento satisfatório são realidades convergentes, que dependem do equilíbrio entre as competências do indivíduo e das suas

limitações. E a forma como são percebidos, permitem avaliar as estratégias, como estes lidam com as perdas inevitáveis, provenientes do envelhecimento. Para isso é necessário, considerar a forma como o indivíduo avalia, positivamente ou negativamente, o seu envelhecimento, a sua saúde e os elementos de suporte (apoio social, religião...).

Existem inúmeras variáveis de relação subjectivas que influem a forma como o idoso avalia o seu bem-estar, ou a forma, como este é preponderante na vida dos idosos.

## Sumário e Conclusões

Com este estudo procuramos, colmatar o vazio que existe na compreensão e conhecimento, acerca das percepções de envelhecimento e experiências de envelhecimento, pois os estudos nesta área, são muito pouco extensivos, (Steverink et al., 2001; Furstenberg, 2002).

O envelhecimento humano, mesmo estando inserido como um processo natural, não ocorre sem o acompanhamento, de uma vulnerabilidade biológica, social e psicológica. O envelhecimento, proporciona muitas alterações físicas, psicológicas e relacionais, e desafia todos a construírem aprendizagens, como forma de trilhar esses caminhos no vivenciar de uma velhice bem sucedida.

Esta etapa requer do indivíduo, competências que lhe permitem integrar-se, manter-se autónomo e fortalecer as próprias convicções face a todas as dimensões da sua vida, quer em termos físicos, psicológicos e espiritual.

Após, a análise dos vários conceitos e da relação, que se estabelece entre eles. Podemos afirmar, que as percepções acerca do envelhecimento, são muito importantes para conseguirmos ter acesso a uma componente mais psicológica, deste processo. Estas são influenciadas, pelo bem-estar e pelo apoio social, que por sua vez, podem ser influenciados pela religião e pela ansiedade existencial. Mensurar a algumas das variáveis, é um desígnio difícil, dado o grau subjectivo suas dimensões, intrínsecas e extrínsecas.

Assim é fácil concordar, que quando não existe a aceitação do envelhecimento, quer devido a determinantes impostas pela sociedade, ou no caso, de negação apresentado da imagem corporal, o equilíbrio interno do indivíduo e fica alterado, existindo logo uma maior probabilidade de problemas ao nível da saúde mental.

Tudo isto leva o idoso, a frustrar-se com a subtracção do seu espaço existencial, anteriormente vivido com plenitude e sucesso. Experimentando uma profunda reacção de perda, sem nada a substituir o objecto perdido: o seu valor como pessoa. Desta forma, mesmo indivíduos relativamente equilibrados, emocionalmente durante a vida, com a velhice, tendem a descompensar. É necessário avaliar, em que medida a sua avaliação do envelhecimento, pode contribuir para uma compreensão mais global, dele próprio e da forma como se vivencia a velhice.

Embora possam parecer muitos construtos, cada vez mais existem evidências e estudos, que nos permitem impulsionar na direcção da multidimensionalidade, e na procura do envelhecimento bem sucedido ou activo, que por vezes podem parecer conceitos distintos, mas são sinónimos, para descrever a mesma realidade (Knight & Ricciardelli, 2003).

A adaptação, a auto-aceitação, a religiosidade, a flexibilidade e as atitudes perante o próprio envelhecimento, são os pilares do envelhecimento saudável, constatou-se que sobretudo, a flexibilidade perante todos pressupostos do envelhecimento e a auto-aceitação

das características do mesmo, são fundamentais, na forma como idosos (entre 70 e os 95 anos), assumem um envelhecimento cada vez mais bem sucedido (Knight & Ricciardelli, 2004).

Estas evidências reforçam, a persistência num conhecimento cada vez mais consolidado, pois este permitirá, que cada vez mais os idosos possam se ajustar às mudanças deste período das suas vidas.

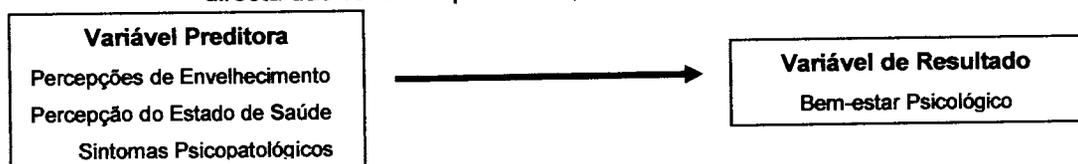
## Formulação do Problema

O envelhecimento como processo, encerra em si, como anteriormente foi referido, uma multidimensionalidade, que é preciso explorar. Nomeadamente, é necessário perceber, quais os efeitos, que as influências, das várias variáveis desempenham, na forma como os idosos, apreendem esta realidade e a forma como esta avaliação tem efeitos no bem-estar psicológico.

A revisão de literatura, aponta para uma influência directa, das variáveis: apoio social, religiosidade, ansiedade existencial e estado emocional, sem no entanto precisar a natureza dessa influência. É imperativo, compreender se esta influência, é inequívoca, ou se é apenas parcial. Será que esta influência, se traduz numa necessidade, para aquele idoso na forma como recorre à percepção do seu envelhecimento, na avaliação da sua condição de bem-estar. Ou pelo contrário, esta avaliação só é possível, se determinada variável estiver presente.

Partimos do princípio, que a variável percepções de envelhecimento se comporta como variável preditora, juntamente com a percepção do estado de saúde e os sintomas psicopatológicos. A literatura aponta, para que estas variáveis, sejam em larga medida preditoras, do bem-estar social e das percepções de envelhecimento. Isto quer dizer, que a sua presença faz oscilar o valor de explicação do bem-estar.

Figura 1 - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico, traduz a influência directa das variáveis preditoras, na variável de resultado



Depois a formulação do problema, passa por tentar explicar, se de facto, existe uma particularidade, no tipo de influência, entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico.

Figura 2 - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico, traduz a influência moderadora das variáveis preditoras, na variável de resultado

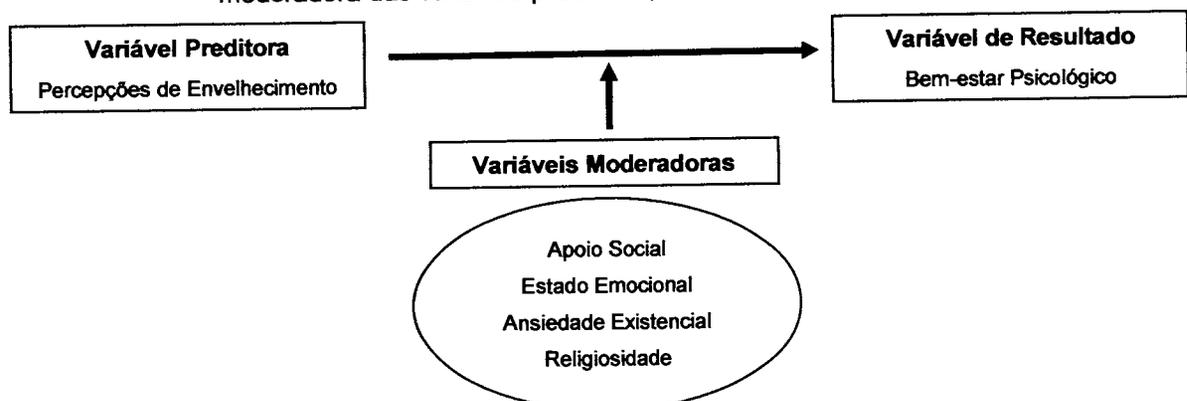


Figura 3 - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico, traduz a influência mediadora das variáveis predictoras, na variável de resultado



No final, para além da informação já disponível, sobre cada variável, era imperativo realizar uma análise que pudesse avaliar o envelhecimento no seu todo.

Considera-se como moderador, de uma variável qualitativa ou quantitativa, aquela que afecta a direcção (positiva para negativa, ou vice-versa) ou a força (o índice de correlação para maior ou menor) da relação entre um preditor e a variável de resultado.

Para testar as hipóteses de mediação, são necessário realizar regressões hierárquicas múltiplas (stepwise). De acordo, com o procedimento sugerido por Baron e Kenny (1986), para testar a mediação, devem ser estimados três modelos de regressão. Primeiro, deve demonstrar-se, que existe uma relação significativa entre a variável preditora e a mediadora. A segunda análise, testa-se, se a variável preditora tem um efeito significativo na variável critério. Por fim, no terceiro modelo, deve realizar-se, uma regressão com as variáveis preditora e mediadora para verificar se têm impacto nas variáveis critério. Existe efeito de mediação, quando o efeito da variável preditora, na variável critério é mais baixo, na terceira equação, comparando com a segunda, devido à introdução da variável mediadora (Frasier, Tix, & Barron, 2004).

Para atender, a finalidade desta pesquisa, optou-se por um método quantitativo, de carácter exploratório. Utilizou-se, a análise fatorial e de regressão, método stepwise, como recurso estatístico, através do SPSS – Statistical Package for the Social Sciences, para o tratamento dos dados.

# Capítulo II

## INVESTIGAÇÃO

## EMPÍRICA

## **Método**

Neste capítulo, pretendesse descrever a metodologia utilizada, ao longo desta investigação empírica. Inicialmente, são referênciados 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 descrevem-se os métodos estatísticos utilizados.

### **1. Desenho do Estudo**

Mediante, a problemática anteriormente descrita, pretendemos compreender e estabelecer relações entre as variáveis, analisando a sua magnitude e a forma como cada uma dessas relações pode indicar uma linha de compreensão acerca da percepção do envelhecimento e das variáveis a ele associadas.

Visando os objectivos traçados, optámos por um estudo transversal, exploratório, de desenho correlacional e descritivo, pois incide num grupo populacional, ao qual foi aplicada uma única avaliação. Este estudo, procura também explicar indicadores associados à forma como a população idosa, percebe o seu envelhecimento e as dimensões, que podem ser associadas ou não, por isso podemos incluir uma classificação mãos epidemiológica (Pais-Ribeiro, 2008).

Contudo, procuramos, também relações de causalidade entre as variáveis e estabelecer previsões entre elas (Almeida & Freire, 2000).

Esta investigação apresenta, também, um carácter quantitativo, expressando-se de forma complementar por números, que permitem dar sustentação às hipóteses levantadas previamente. Considerando, uma interpretação necessária e a consequente demonstração dos resultados da investigação.

### **2. Questões de Investigação**

Este estudo tem como finalidade, investigar a relação entre as percepções de envelhecimento face: á ansiedade existencial e á religião. Sem esquecer, o contributo e o peso, de outras variáveis importantes: o apoio social percebido, a percepção do estado de saúde, o estado emocional. E sobretudo, procura verificar a influência que todas estas têm no bem-estar psicológico dos idosos.

- a) Avaliar as percepções de envelhecimento face às experiências e opiniões a cerca do acto de envelhecer
- b) Perceber a influência da ansiedade existencial e da religiosidade na percepção do envelhecimento.
- c) A relação entre o envelhecimento e a percepção do estado de saúde.

- d) Perceber o papel que o apoio social percebido e do estado emocional podem ter na percepção do envelhecimento
- e) Perceber a global e particular das anteriores variáveis face ao Bem-Estar Psicológico.

### **3. 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 temos como variáveis principais:

#### Variáveis Preditoras

- Percepções de Envelhecimento
- Percepção acerca do Estado de Saúde
- Sintomas Psicopatológicos

#### Variável de Resultado

- Bem-Estar Psicológico

#### Variáveis Moderadoras e/ou Mediadoras

- Apoio Social
- Estado Emocional
- Ansiedade Existencial
- Religiosidade

#### Variáveis de Sócio-demográficas

- Idade;
- Género;
- Estado civil;
- Escolaridade;
- Situação laboral;
- Profissão actual ou anterior;
- Pessoas com quem vive;

### **4. Hipóteses**

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

- 2- A Ansiedade Existencial, tem efeito mediador ou moderador sobre o contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico.
- 3- O Índice de Religiosidade tem efeito mediador ou moderador sobre o contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico.
- 4- O contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico é moderado ou mediado pelo Apoio Social Percebido.
- 5- O contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico é moderado ou mediado pelo estado emocional.
- 6- O Índice de Religiosidade, a Ansiedade Existencial, 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.

## **5. População e Amostra**

A população alvo foi constituída, por indivíduos adultos com idade avançada, ou seja, encontram-se na terceira idade. Todos são residentes em Portugal Continental, de nacionalidade portuguesa, de ambos os géneros e sem patologias relevantes, que pudessem condicionar a participação no estudo. Esta população é natural, e residente na região do Alentejo.

Os critérios de inclusão, na amostra, foram a idade dos indivíduos, sendo que esta esteve compreendida entre os 65 e os 99 anos de idade, e a ausência de demência, pois este facto impossibilitava a total compreensão dos instrumentos.

O período de recolha de dados, situou-se entre de 11 de Maio de 2009 e 15 de Julho. Para a recolha dos dados optei por solicitar a colaboração de indivíduos de duas instituições (Iar de Idosos e Universidade Sénior) e também por uma amostra de bola de neve, devido à dificuldade em recolher todos os participantes somente em instituições. Participaram no total 150 indivíduos: 130 no estudo e 20 indivíduos no estudo piloto. A tabela 1, mostra a caracterização sócio-demográfica da amostra em estudo, através de uma distribuição absoluta e percentual.

## 5.1. Caracterização Sócio-demográfica da Amostra

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

Variáveis	N	%
<b>Idade</b>		
65 – 75	62	47,7
76 – 84	40	30,8
85 – 99	28	21,5
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>
<b>Média</b>	7,217	
<b>Mediana</b>	76,00	
<b>Desvio-Padrão</b>	8,693	
<b>Género</b>		
Feminino	70	53,8
Masculino	60	46,2
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	8	6,2
Casado/União de Facto	87	66,9
Divorciado	8	6,2
Viúvo	27	28,8
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>
<b>Com quem Vive</b>		
Cônjuge	63	48,5
Família Restrita	22	16,9
Família Alargada	1	0,8
Sozinho	21	16,2
Lar	23	17,7
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>
<b>Proveniência</b>		
Meio Rural	67	51,5
Meio Urbano	63	48,5
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,00</b>

De acordo com a Tabela 1, a amostra é constituída por 53,8% elementos do género feminino e 46,2% elementos do género masculino. A distribuição por grupo etário, mostra-nos: que 47,7% desses elementos estão situados no grupo etário compreendido entre os 65 aos 75 anos, 30,8% da amostra apresenta idades entre os 76 e os 84 anos e os restantes

elementos constituintes do grupo menos numeroso com 21,5%, e com idades compreendidas entre os 85 e os 99. A média das idades é de 77,21 anos de idade, correspondendo um desvio padrão de 8,693.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou vive em união de facto (66,9%), sendo a viuvez o estado civil que logo a seguir é mais representativo com 28,8 e os restantes 12,4% da amostra é distribuída pelo estado civil de solteiro e divorciado com respectivamente 6,2%, em ambos. Quando analisamos, a amostra do estudo, relativamente às pessoas com as quais vivem, verificamos que a grande maioria vive com o cônjuge (48,5%), ou então vive numa instituição (17,7%) ou com família restrita (16,2%).

A proveniência dos elementos da amostra, indica que existe um grande equilíbrio entre uma origem rural (51,5%) e uma urbana (48,5%).

Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual das características sócio-demográficas  
(cont.)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Habilitações Literárias</b>		
1º Ciclo	71	54,6
2º Ciclo	15	11,5
3º Ciclo	9	6,9
Ensino Secundário	8	6,2
Ensino Superior	6	4,6
Outros	21	16,2
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,00</b>
<b>Profissão</b>		
Sector Primário	32	24,6
Sector Secundário	26	20,0
Sector Terciário	72	55,4
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,00</b>
<b>Situação Laboral</b>		
Empregado Activo	3	2,3
Reformado/Invalidez	119	91,5
Outros	8	6,2
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,00</b>

Nas habilitações literárias, encontramos uma total maioria de elementos que apresentam o 1º ciclo, respectivamente 54,6%, sendo os restantes grupos distribuídos de forma quase equitativa, com uma ligeira significância de 16, 2% para os elementos que não se enquadram em nenhum dos níveis descritos, correspondendo estes ao analfabetismo.

Quando analisamos, a situação laboral, verificamos que a quase totalidade dos indivíduos da amostra, encontra-se reformado ou apresenta um grau de invalidez que não lhe permite ter um trabalho activo (91,5%), sendo o restante distribuído entre o trabalho activo (2,3%) e outra situação que não as anteriores (6,2%). O sector Terciário, é maioritário (55,4%), em relação aos restantes 24,6% do Sector Primário e 20,0 do Sector Secundário.

## 6. Procedimentos

Antes de se proceder à administração dos instrumentos, os participantes foram informados dos procedimentos da investigação, assim como o respeito pelo anonimato em relação aos dados. Foi dada a oportunidade, de se elucidar qualquer dúvida que pretendessem clarificar, e esclarecer que a participação era voluntária, sendo pedido que assinassem um consentimento autorizado sobre a sua participação, tentando assegurar todos os procedimentos éticos (APA, 2002a).

A selecção dos participantes, não foi aleatória, pois foi necessário proceder a um despiste da presença de demência, inicialmente foi pedido aos participantes que preenchessem um instrumento (Mini Mental State), que permitiu a inclusão ou exclusão, desse participante. O preenchimento dos vários instrumentos, foi realizado através de auto-relato e hetero-relato, no caso de o participante o solicitar ou devido a dificuldades e, impedimentos no preenchimento do mesmo. No início do preenchimento dos instrumentos, foram dadas as instruções, e o esclarecimento de dúvidas relativamente ao preenchimento dos mesmos.

Os instrumentos, foram administrados no ambiente escolhido pelo participante, de forma a fornecer um ambiente confortável e privado, de forma a garantir a sua privacidade e total preenchimento dos mesmos. Os instrumentos, nos quais se verificou ausência de alguma resposta, foram excluídos de forma a ocorrer uma taxa de resposta de 100%.

Inicialmente, foi desenvolvido um estudo piloto que teve como principal objectivo aperfeiçoar a metodologia e desenvolver ajustamentos nos procedimentos, previamente delineados. Permitindo, testar o planeamento do estudo, nomeadamente, quanto aos instrumentos e às suas características psicométricas.

## 7. Análises Estatísticas

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 valores das frequências absolutas e relativas. Posteriormente, realizou-se a análise da fiabilidade dos instrumentos, através do Alfa de Cronbach, e a validade através do 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 seis hipóteses e os dados sócio-demográficos, para cada hipótese realizaram-se análises de regressão *stepwise*, para descrever os relacionamentos entre as variáveis preditoras, as variáveis de resultados e as variáveis moderadoras e mediadoras.

A regressão *stepwise*, foi o procedimento estatístico escolhido, pelo facto de este ser um estudo exploratório. Em estudos exploratórios, o pesquisador elabora um modelo teórico de investigação, que inclui hipóteses sobre relacionamentos entre variáveis, mas que ainda não possibilita afirmações consistentes, sobre a magnitude ou direcção desses relacionamentos. Além disso, este tipo de estudo, ainda não encontra apoio empírico às hipóteses a serem testadas.

Quando se utiliza, este tipo de regressão, ainda não existe uma teoria consistente, sobre os fenómenos estudados. Assim, procurou-se descrever, os relacionamentos pouco conhecidos ou então sem uma confirmação teórica determinante, entre as variáveis. Neste tipo de regressão, a selecção da sequência de entrada dos preditores na equação, é feita estatisticamente, sem um modelo teórico consistente. Uma variável é adicionada de cada vez de acordo com um critério pré-estabelecido, ou seja, o procedimento constrói iterativamente uma sequência de modelos de regressão pela adição ou remoção de variáveis em cada etapa (Abbad & Torres, 2002).

Existem pressupostos que é preciso ter em conta, se a significância for  $< 0,05$  (grau de confiança de 95%), então podemos dizer, que a regressão é significativa, algo que acontecem em todas as hipóteses investigadas. Verificou-se, linearidade apresenta uma configuração sem qualquer padrão não linear, isto é, os pontos representados, no gráfico resultado do cruzamento dos resíduos com os valores esperados apresentam-se distribuídos dentro de uma configuração aproximadamente rectangular. Neste caso verifica-se, linearidade. Nos resultados, é garantido a homocedasticidade, pela homogeneidade da variância das variáveis independentes ao longo da regressão.

A normalidade também se verifica, indicando que a distribuição dos dados se aproxima bastante do normal, verificamos também que não existem "outliers". O pressuposto da colinearidade, é garantido pois a correlação entre as variáveis independentes é baixa (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009).

## **8. Medidas**

Face à multidimensionalidade dos construtos em estudo, as medidas seleccionadas tentam colmatar possíveis limitações e, acima de tudo, procuram assegurar as relações entre todas as variáveis.

Todas as medidas foram alvo de uma selecção rigorosa, de forma a encontrar as mais adequadas e aquelas que apresentavam as características, que melhor se enquadrassem no estudo e na recolha da informação necessária para a operacionalização das variáveis.

Tabela 3 - Síntese dos instrumentos utilizados e respectivas finalidades

<b>Título</b>	<b>Versão Original</b>	<b>Versão Portuguesa</b>	<b>Finalidade</b>
<b>Mini-Exame do Estado Mental (MMSE)</b>	(Folstein, Folstein e McHugh, 1975)	Guerreiro e colabs., 1993 (Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hos. Sta. Maria)	Avaliar os participantes sobre a presença de defeito cognitivo, funciona como critério de exclusão ou inclusão
<b>Questionário Sócio-Demográfico e Clínico</b>	Sousa & McIntyre, 2002	Baseado em Sousa & McIntyre, 2002	Obter informações caracterizadoras/adicionais sobre a população
<b>Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE)</b>	<i>Aging Perceptions Questionnaire</i> (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007)	Traduzido e adaptado por Adelaide Claudino (Universidade de Évora, 2007)	Avaliar as percepções dos idosos a cerca do envelhecimento, de acordo com experiencias face à sua saúde
<b>Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (BEP)</b>	<i>Scale of Psychological Well-Being</i> (Ryff, 1989)	Novo, Silva & Peralta, 2003	Avaliar as auto-percepções a cerca do Bem-Estar Psicológico
<b>Questionário de Estado de Saúde (SF-12v2)</b>	<i>SF-36 Health Survey Questionnaire</i> (Ware, Snow, Kosinsky & Gandek, 1993)	Pais-Ribeiro, Ferreira, Ferreira & Santana, 2003	Avaliação as percepções sobre a própria saúde (física, emocional...)
<b>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)</b>	<i>The Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (Zigmond & Snaith, 1983)	Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2006	Inventariar indicadores de ansiedade e depressão
<b>Inventário de Sintomas</b>	<i>Brief Symptom Inventory</i> (Derogatis,	Canavarro, em 1995	Avaliar a presença de sintomas psicopatológicos

<b>Psicopatológicos</b> (BSI)	1982)			
<b>Escala de Provisões Sociais (EPS)</b>	<i>Social Provision Scale</i> (Cutrona & Russell, 1987)	Moreira & Canaipa, 2007	Avaliar o apoio social percebido	
<b>Questionário de Ansiedade Existencial (QAE)</b>	<i>Existential Anxiety Questionnaire</i> (Weems, Costa, Ramirez & Stein, 2003)	Claudino, Figueiras & Carmona, 2009	Avaliar os domínios presentes na ansiedade existencial	
<b>Índice de Religiosidade de Duke (Durel)</b>	Duke Religious Index (Koenig, Meador & Parkerson, 1997)	Claudino & Carmona, 2009	Avaliar as dimensões de religiosidade	

### 8.1 Mini-Exame do Estado Mental

A versão original é de Folstein, Folstein e McHugh (1975), a adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colabs. (1993). O MMSE é uma prova de rápida aplicação, bastante útil na visualização de deterioração mental, ao nível das funções cognitivas. Este instrumento de avaliação permite uma avaliação cognitiva padronizada, não há diagnóstico, apenas uma indicação de disfunção cognitiva.

Este exame consiste numa série de questões e de tarefas que se agrupam em onze categorias: Orientação (temporal e espacial), Atenção e cálculo, Memória, Nomeação, Evocação, Compreensão, Linguagem (escrita e leitura) e Habilidade Construtiva. O objectivo é avaliar os participantes sobre a presença de defeito cognitivo.

A pontuação máxima é de 30 pontos. Uma pontuação igual ou inferior a 18 corresponde a grave comprometimento cognitivo, de 19 a 23 moderado comprometimento cognitivo e 24 ou superior, estado cognitivo normal.

O MMSE é administrado rapidamente e, é eficaz como uma instrumento de rastreio cognitivo em idosos. Permite fazer a triagem da função cognitiva, o nível de escolaridade é importante, recomendando-se que para as pessoas analfabetas o ponto de corte se situe nos 15 pontos, para os indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade nos 25 pontos e para as pessoas com escolaridade superior a 11 anos nos 27 pontos (Guerreiro et al., 2003).

### 8.2 Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

Tendo como base o questionário desenvolvido por Maria Rui Sousa e Teresa McIntyre (2002), este questionário apresenta duas dimensões de avaliação: Sócio-Demográfica e Clínica, distribuídas por vários itens de perguntas fechadas.

O objectivo é recolher informações adicionais que permitam ter um melhor conhecimento da população. As características sócio-demográficas passam: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação laboral e profissão actual ou anterior, agregado familiar (com quem vive) e proveniência. Os dados clínicos passam por inventariar informações a cerca de: presença de doença ou ausência, medicação, antecedentes de doenças ou de outros aspectos ligados à saúde. Estes dados clínicos embora recolhidos, não foram utilizados neste estudo.

### **8.3 Questionário de Percepções de Envelhecimento (*Aging Perceptions Questionnaire*)**

#### **8.3.1 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. Sendo posteriormente traduzido por Adelaide Claudino, em 2007. Avalia as cinco dimensões do envelhecimento e (embora depois de dentro dessas dimensões sub-dimensões).

A identidade, é a primeira dimensão e estima as crenças sobre o envelhecimento no contexto de saúde, nomeadamente as que estão relacionadas com mudanças, como o declínio físico (Barker, et al., 2007). A segunda dimensão, a duração, refere-se à consciência que o indivíduo tem da sua experiência de envelhecimento ao longo do tempo. Se estiver associada à inactividade e à deterioração da saúde, é crónica, mas poderá ser cíclica dependendo do que o indivíduo sente perante o facto de se perceber a envelhecer ou não (Barak & Stern, 1986; Barker et al., 2007).

O impacto do envelhecimento acarreta consequências na vida do indivíduo, os autores consideram esta a terceira dimensão, que poderá ser positivo e estar associado a um aumento da criatividade (Lindauer, Orwoll & Kelley, 2000) e a um aumento do bem-estar subjectivo (Steuerink, Westerhof, Bode & Dittmann-Hohli, 2001, referidos por Barker et al., 2007). Ou pode ser negativo e estar associado à depressão (Gatusso, 2001, referido por Barker et al., 2007) e a uma diminuição do bem-estar subjectivo (Steuerink, Westerhof, Bode & Dittmann-Hohli, 2001, referidos por Barker et al., 2007).

Uma quarta dimensão refere-se ao controlo, este resume-se, à crença do indivíduo a cerca da sua capacidade para monitorizar a sua experiência de envelhecimento. Ao perceber um controlo, que pode ser positivo ou negativo, sobre a sua vida, existirá uma noção de competência na promoção do seu bem-estar.

As representações emocionais, delimitam a quinta dimensão do envelhecimento, que se refere às respostas que o indivíduo vai expressando com base no envelhecimento. Se estas tiverem uma emotividade negativa, o indivíduo vai expressar preocupação, depressão, ansiedade, tristeza, medo, raiva, o que conduzirá a transformações a nível da saúde física e

funcional (Smith & Freund, 2002, referidos por Barker et al., 2007) e adoção de estratégias de *coping* desadaptativas (Gomez & Madey, 2001, referidos por Barker et al., 2007).

### **8.3.2 Características Psicométricas na População Original**

Preliminarmente foram realizados dois estudos na Irlanda, o primeiro foi constituído por uma amostra de 129 indivíduos adultos, com idades iguais ou superiores a 65 anos. O segundo, cumprido para efeitos de re-teste, contou com uma amostra de 165 indivíduos adultos, com os mesmos grupos etários. Nos dois foram encontradas boas características psicométricas, comprovadas pelos valores de Alfa de Cronbach encontrados para as 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. Sendo o Alfa de Cronbach para a escala total foi de 0.76, este é um resultado muito aceitável, mostrando que este é um instrumento válido e fidedigno na população Irlandesa.

Um novo estudo foi realizado para a aferição deste instrumento na população Irlandesa, contando com uma amostra representativa da população de 2033 indivíduos, com idades compreendidas entre os 65 e os 102 anos. Deste estudo resultou a retirada de uma escala (anteriormente eram 8), e também se removeu 3 itens, através de uma validação posterior, ficando o questionário final com 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 é composta por 17 itens (Id1 até ao Id17), referindo-se à avaliação das mudanças experienciadas na saúde em geral, nos últimos 10 anos. O valor 0 representa o 'Não' e o 1 representa o 'Sim'. As pontuações variam entre 0 e 17.

### **8.3.3 Características Psicométricas do Estudo Piloto**

Tendo em vista o desenvolvimento de alguns dados de referência para o estudo, procedemos à realização de um estudo piloto que nos permitiu verificar algumas das características psicométricas dos instrumentos, nomeadamente a consistência interna. Este estudo envolve uma dimensão com uma ampla complexidade, sendo por isso muito importante que sua condução seja precedida de um estudo piloto para identificar pontos vulneráveis/limitações, nomeadamente em relação aos instrumentos. Sobretudo, quando algumas das medidas nunca foram aplicadas à população portuguesa, não existindo por isso dados de referência, podendo ser necessário alterar ou não alguns itens da escala.

O estudo piloto forneceu parâmetros de análise importantes de alguns problemas que poderiam surgir na amostra do estudo e também algumas informações sobre as

características que são particulares ao contexto, cultura e/ou localização histórico-geográfica, desta população.

O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a globalidade do questionário foi de 0,85, sugerindo uma boa consistência interna.

### 8.3.4 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

O *Alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ) é um dos indicadores psicométricos (avaliação de variáveis psicológicas através da aplicação de procedimentos matemáticos) mais utilizados para verificar a fidedignidade ou validade interna do instrumento, o qual deverá apresentar um alfa igual a 1. Desta maneira, quanto mais próximo estiver desse número, melhor será sua precisão. Isso significa que existe homogeneidade nos itens do instrumento. Os parâmetros de aceitação estatística foi de considerar que acima de 0,60 seria um valor aceitável, principalmente quando temos poucos itens e/ou casos (Nunnally & Bernstein, 1995).

Para se verificar a fiabilidade da escala foi calculado o coeficiente Alpha de Cronbach (consistência interna) para a escala total (Tabelas 4 e 5) e para as subescalas - duração crónica, duração cíclica, consequências positivas, consequências negativas, controlo positivo, controlo negativo e representações emocionais (Tabelas 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12). De referir, ainda, a subescala identidade que avalia as mudanças experienciadas na saúde em geral, nos últimos 10 anos (Tabelas 13 e 14).

Tabela 4 - Consistência interna do "Questionário das Percepções do Envelhecimento"  
Escala Total

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Tenho consciência de estar a envelhecer a cada momento	117,03	393,782	0,402	0,796
2- Estou sempre consciente da minha idade	116,78	398,128	0,323	0,798
3- Sempre me considerei velho(a)	118,64	399,690	0,159	0,801
4- Estou sempre consciente do facto de estar a envelhecer	116,98	401,240	-0,044	0,833
5- Sinto a minha idade em tudo o que faço	117,48	392,174	0,352	0,797
6- À medida que envelheço fico mais sábio	117,18	411,671	- 0,107	0,806

7- À medida que envelheço continuo a desenvolver-me como pessoa	117,12	411,969	- 0,109	0,807
8- À medida que envelheço aprecio mais as coisas	116,88	413,582	-0,145	0,808
9- Fico deprimido(a) quando penso que envelhecer pode afectar as coisas que consigo fazer	117,53	376,251	0,683	0,788
10- A qualidade da minha vida social na idade avançada depende de mim	117,32	414,112	-0,162	0,808
11- A qualidade das minhas relações com os outros na idade avançada depende de mim	117,21	416,988	-0,251	0,809
12- Continuar a viver plenamente a vida depende de mim	117,25	414,497	- 0,183	0,807
13- Fico deprimido/a quando penso no efeito que envelhecer pode ter na minha vida social	117,77	378,939	0,658	0,789
14- À medida que envelheço, há muito que posso fazer para manter a minha independência	117,33	406,425	0,024	0,804
15- O facto do envelhecimento ter lados positivos depende de mim	117,13	408,952	- 0,035	0,805
16- Envelhecer limita as coisas que consigo fazer	117,08	394,444	0,370	0,797
17- Envelhecer torna-me menos independente	116,54	370,623	0,073	0,847
18- Envelhecer torna tudo mais difícil para mim	117,28	383,771	0,566	0,792
19- À medida que envelheço, participo em menos actividades	117,12	388,713	0,519	0,794
20- À medida que envelheço não lido tão bem com os problemas que aparecem	117,50	392,205	0,389	0,796
21- Abrandar o ritmo, devido à minha idade, não é algo que eu possa controlar	117,48	382,996	0,593	0,791
22- Quando for mais velho/a, a minha capacidade de me movimentar não é algo que dependa de mim	117,21	382,646	0,569	0,791
23- Não tenho controlo sobre a possível perda de vigor e gosto pela vida	117,48	393,818	0,359	0,797
24- Não tenho controlo sobre os efeitos do envelhecimento na minha vida social	117,75	385,028	0,511	0,793
25- Fico deprimido/a quando penso no envelhecimento	117,96	377,479	0,678	0,788
26- Preocupo-me com os efeitos que o envelhecimento pode ter nas minhas relações com os outros	117,86	382,461	0,595	0,791
27- Passo por ciclos em que a minha experiência de envelhecer ora melhora, ora piora	117,42	377,641	0,210	0,806
28- A minha consciência de estar a envelhecer aumenta e diminui em ciclos	117,62	382,361	0,617	0,791
29- Sinto-me zangado/a quando penso que estou a envelhecer	118,27	388,958	0,468	0,794
30- Tenho fases em que me sinto velho/a	117,95	382,789	0,558	0,791

31- A minha consciência de estar a envelhecer varia bastante de dia para dia	117,95	384,665	0,541	0,792
32- Tenho fases em que me vejo como velho/a	118,14	378,647	0,617	0,789
Id1a- Problemas de peso	120,22	401,942	0,314	0,799
Id2a- Problemas em dormir	120,19	406,265	0,100	0,802
Id3a- Hérnia discal	120,47	405,817	0,140	0,801
Id4a- Dores nas articulações	119,89	395,833	0,297	0,798
Id5a- Não ter facilidade em movimentar-se	120,28	400,345	0,396	0,799
Id6a- Perda do equilíbrio	120,42	400,493	0,415	0,799
Id7a- Perda de força	120,06	400,725	0,403	0,799
Id8a- Abrandar o ritmo	120,00	401,457	0,388	0,799
Id9a- Cãimbras	120,26	397,807	0,523	0,797
Id10a- Problemas nos ossos ou nas articulações	120,02	403,573	0,261	0,800
Id11a- Problemas de coração	120,38	405,138	0,163	0,801
Id12a- Problemas nos ouvidos ou em ouvir	120,13	398,890	0,480	0,798
Id13a- Alterações nos olhos e na visão	119,94	405,500	0,153	0,801
Id14a- Problemas respiratórios	120,41	401,701	0,348	0,799
Id15a- Problemas nos pés	120,25	402,051	0,309	0,800
Id16a- Depressão	120,47	403,305	0,281	0,800
Id17a- Ansiedade	120,38	402,223	0,315	0,800
Id1b- Problemas de peso	120,44	405,969	0,126	0,802
Id2b- Problemas em dormir	120,45	405,536	0,151	0,801
Id3b- Hérnia discal	120,58	403,454	0,339	0,800
Id4b- Dores nas articulações	120,28	401,675	0,329	0,799
Id5b- Não ter facilidade em movimentar-se	120,32	400,466	0,393	0,799
Id6b- Perda do equilíbrio	120,38	398,547	0,506	0,798
Id7b- Perda de força	120,12	399,328	0,461	0,798
Id8b- Abrandar o ritmo	120,06	399,236	0,483	0,798
Id9b- Cãimbras	120,35	398,835	0,484	0,798
Id10b- Problemas nos ossos ou nas articulações	120,15	398,591	0,211	0,800
Id11b- Problemas de coração	120,52	403,926	0,267	0,800
Id12b- Problemas nos ouvidos ou em ouvir	120,30	401,948	0,317	0,799
Id13b- Alterações nos olhos e na visão	120,15	403,294	0,251	0,800
Id14b- Problemas respiratórios	120,47	402,003	0,354	0,799
Id15b- Problemas nos pés	120,44	402,186	0,332	0,800
Id16b- Depressão	120,49	403,043	0,305	0,800
Id17b- Ansiedade	120,45	402,342	0,303	0,800

**Alpha de Cronbach: 0,802**

**Média: 120,74**

Variância: 408,520

Desvio-Padrão: 20,212

O coeficiente de Alpha de Cronbach para a globalidade da escala foi de 0,80, sugerindo uma consistência interna bastante aceitável. Relativamente ao artigo original, este valor é um pouco superior, face aos 0,76, encontrados no estudo com a população irlandesa. Uma análise mais detalhada aos itens revela que alguns itens apresentam uma baixa correlação ( $< 0,20$ ), estes variam entre 0,02 e 0,66, 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 5 - Consistência interna do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”,  
Escala Parte A (32 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Tenho consciência de estar a envelhecer a cada momento	101,65	226,073	0,374	0,687
2 - Estou sempre consciente da minha idade	101,40	227,265	0,385	0,688
3- Sempre me considerei velho/a	103,26	233,109	0,061	0,700
4- Estou sempre consciente do facto de estar a envelhecer	101,61	235,775	- 0,113	0,758
5 - Sinto a minha idade em tudo o que faço	102,11	224,546	0,336	0,686
6 - À medida que envelheço fico mais sábio	101,81	239,319	- 0,122	0,706
7 - À medida que envelheço continuo a desenvolver-me como pessoa	101,75	237,338	-0,054	0,704
8- À medida que envelheço aprecio mais as coisas	101,50	240,128	- 0,140	0,708
9 - Fico deprimido/a quando penso que envelhecer pode afectar as coisas que consigo fazer	102,15	213,294	0,647	0,669
10 - A qualidade da minha vida social na idade avançada depende de mim	101,95	240,361	- 0,151	0,708
11 - A qualidade das minhas relações com os outros na idade avançada depende de mim	101,83	242,188	- 0,224	0,710
12 - Continuar a viver plenamente a vida depende de mim	101,87	240,983	- 0,181	0,708
13 - Fico deprimido/a quando penso no efeito que envelhecer pode ter na minha vida social	102,39	212,783	0,703	0,667
14 - À medida que envelheço, há muito que posso fazer para manter a minha independência	101,95	234,618	0,031	0,701

15 - O facto do envelhecimento ter lados positivos depende de mim	101,75	235,923	- 0,006	0,702
16 - Envelhecer limita as coisas que consigo fazer	101,70	224,754	0,411	0,685
17 - Envelhecer torna-me menos independente	101,16	199,377	0,095	0,761
18 - Envelhecer torna tudo mais difícil para mim	101,91	217,821	0,564	0,675
19 - À medida que envelheço, participo em menos actividades	101,75	222,609	0,478	0,682
20 - À medida que envelheço não lido tão bem com os problemas que aparecem	102,12	223,427	0,413	0,684
21 - Abrandar o ritmo, devido à minha idade, não é algo que eu possa controlar	102,11	216,562	0,614	0,673
22 - Quando for mais velho/a, a minha capacidade de me movimentar não é algo que dependa de mim	101,83	215,397	0,617	0,672
23 - Não tenho controlo sobre a possível perda de vigor e gosto pela vida	102,11	225,012	0,370	0,686
24 - Não tenho controlo sobre os efeitos do envelhecimento na minha vida social	102,37	218,343	0,521	0,677
25 - Fico deprimido/a quando penso no envelhecimento	102,58	214,322	0,638	0,670
26 - Preocupo-me com os efeitos que o envelhecimento pode ter nas minhas relações com os outros	102,48	214,965	0,655	0,671
27 - Passo por ciclos em que a minha experiência de envelhecer ora melhora, ora piora	102,05	212,944	0,193	0,700
28 - A minha consciência de estar a envelhecer aumenta e diminui em ciclos	102,25	215,939	0,644	0,672
29 - Sinto-me zangado/a quando penso que estou a envelhecer	102,89	223,895	0,391	0,684
30 -Tenho fases em que me sinto velho/a	102,58	216,153	0,585	0,673
31 - A minha consciência de estar a envelhecer varia bastante de dia para dia	102,58	217,347	0,576	0,675
32 - Tenho fases em que me vejo como velho/a	102,76	214,509	0,598	0,671
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,698</b>			
Média:	105,36			
Variância:	236,682			
Desvio-Padrão:	15,384			

O coeficiente de Alpha de Cronbach para Parte A da escala foi de 0,698, sugerindo uma consistência interna aceitável. Embora existam itens que mantêm uma correlação com os restantes itens menor do que 0,20 (Itens 3, 4, 6,7,8,10, 12, 14 e 15) optamos por mantê-los, uma vez que a consistência interna da escala não melhora muito significativamente com a sua retirada.

Tabela 6 - Consistência interna do "Questionário das Percepções do Envelhecimento",  
Subescala Consequências Negativas (5 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
16- Envelhecer limita as coisas que consigo fazer	14,51	29,508	0,412	0,107
17- Envelhecer torna-me menos independente	13,97	9,317	0,029	0,790
18- Envelhecer toma tudo mais difícil para mim	14,72	30,267	0,253	0,152
19- À medida que envelheço, participo em menos actividades	14,55	31,040	0,238	0,169
20 - À medida que envelheço não lido tão bem com os problemas que aparecem	14,93	30,902	0,223	0,170
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,233</b>			
Média:	18,17			
Variância:	34,359			
Desvio-Padrão:	5,862			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala Consequências Negativas apresenta um valor que não é estatisticamente aceitável ( $\alpha = 0,23$ ), estando muito abaixo do valor de consistência interna obtido no estudo de validação do original ( $\alpha = 0,80$ ).

Os itens têm uma correlação superior a 0,20, podendo sugerir que esta subescala tem uma boa homogeneidade.

Tabela 7 - Consistência interna do "Questionário das Percepções do Envelhecimento",  
Subescala Controlo Negativo (4 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
21- Abrandar o ritmo, devido à minha idade, não é algo que eu possa controlar	9,78	6,888	0,656	0,761
22- Quando for mais velho/a, a minha capacidade de me movimentar não é algo que dependa de mim	9,50	6,686	0,645	0,766
23- Não tenho controlo sobre a possível perda de vigor e gosto pela vida	9,78	7,570	0,584	0,793
24- Não tenho controlo sobre os efeitos do envelhecimento na minha vida social	10,04	6,580	0,667	0,755
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,816</b>			

Média:	13.03
Variância:	11.611
Desvio-Padrão:	11,408

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens desta subescala situa-se num valor estatisticamente aceitável ( $\alpha = 0,81$ ), um pouco acima do valor de consistência interna obtido no estudo de validação na Irlanda, ( $\alpha = 0,73$ ).

Mais uma vez, todos os itens desta subescala mantêm uma correlação > 0,20, variando entre 0,58 e 0,67. Revelando assim, uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 8 - Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Subescala Controlo Positivo (5 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
10- A qualidade da minha vida social na idade avançada depende de mim	14,04	9,123	0,666	0,793
11- A qualidade das minhas relações com os outros na idade avançada depende de mim	13,92	9,343	0,719	0,780
12- Continuar a viver plenamente a vida depende de mim	13,96	9,526	0,670	0,793
14- À medida que envelheço, há muito que posso fazer para manter a minha independência	14,05	10,323	0,412	0,865
15- O facto do envelhecimento ter lados positivos depende de mim	13,85	8,860	0,747	0,769
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,835</b>			
Média:	17,45			
Variância:	14.157			
Desvio-Padrão:	3,763			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens desta subescala situa-se num valor estatisticamente aceitável ( $\alpha = 0,83$ ), um pouco acima do valor de consistência interna obtido no estudo de validação na Irlanda, ( $\alpha = 0,80$ ).

Mais uma vez, todos os itens desta subescala mantêm uma correlação > 0,20, variando entre 0,42 (Item14) e 0,75 (Item 15). Revelando assim, uma boa homogeneidade da subescala

Tabela 9 - Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”,  
Subescala Consequências Positivas (3 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
6- À medida que envelheço fico mais sábio	7,48	2,670	0,681	0,407
7- À medida que envelheço continuo a desenvolver-me como pessoa	7,42	2,942	0,462	0,674
8- À medida que envelheço aprecio mais as coisas	7,17	2,948	0,427	0,723
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,699</b>			
Média:	11,05			
Variância:	5,580			
Desvio-Padrão:	2,362			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala é estatisticamente aceitável ( $\alpha = 0,70$ ), um pouco abaixo do valor de consistência interna obtido no estudo de validação na Irlanda, ( $\alpha = 0,80$ ).

Todos os itens desta subescala mantêm uma correlação  $> 0,20$ , o que pode sugerir uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 10 - Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”,  
Subescala Duração Crónica Positiva (5 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Tenho consciência de estar a envelhecer a cada momento	13,07	21,600	0,270	0,291
2- Estou sempre consciente da minha idade	12,82	21,888	0,294	0,293
3- Sempre me considerei velho/a	14,68	20,965	0,207	0,298
4- Estou sempre consciente do facto de estar a envelhecer	13,02	6,720	0,213	0,558
5- Sinto a minha idade em tudo o que faço	13,52	20,174	0,328	0,244
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,351</b>			
Média:	16,78			
Variância:	24,562			
Desvio-Padrão:	4,956			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala Duração Crónica apresenta um valor que não é estatisticamente aceitável ( $\alpha = 0,35$ ),

estando muito abaixo do valor de consistência interna obtido no estudo de validação na Irlanda ( $\alpha = 0,89$ ). Poderá ser resultado de problemas com os itens à população portuguesa.

Todos os itens desta subescala mantêm uma correlação  $> 0,20$ , o que pode sugerir uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 11 - Consistência interna do "Questionário das Percepções do Envelhecimento",  
Subescala Duração Cíclica (5 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
27- Passo por ciclos em que a minha experiência de envelhecer ora melhora, ora piora	11,28	12,872	0,212	0,827
28- A minha consciência de estar a envelhecer aumenta e diminui em ciclos	11,48	18,717	0,586	0,499
30- Tenho fases em que me sinto velho/a	11,82	18,369	0,566	0,496
31- A minha consciência de estar a envelhecer varia bastante de dia para dia	11,82	19,159	0,507	0,523
32- Tenho fases em que me vejo como velho/a	12,00	18,868	0,465	0,528
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,612</b>			
Média:	14,60			
Variância:	25,064			
Desvio-Padrão:	5,006			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala apresenta um valor pouco aceitável ( $\alpha = 0,61$ ), estando muito abaixo do valor de consistência interna obtido no estudo de validação na Irlanda ( $\alpha = 0,89$ ). Poderá ser resultado de problemas com os itens à população portuguesa.

Todos os itens desta subescala mantêm uma correlação  $> 0,20$ , o que pode sugerir uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 12 - Consistência interna do "Questionário das Percepções do Envelhecimento",  
Subescala Representações Emocionais (5 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
9- Fico deprimido/a quando penso que envelhecer pode afectar as coisas que consigo fazer	11,09	13,030	0,717	0,857
13- Fico deprimido/a quando penso no efeito que envelhecer pode ter na minha vida social	11,33	13,184	0,749	0,849

25- Fico deprimido/a quando penso no envelhecimento	11,52	12,655	0,809	0,834
26- Preocupo-me com os efeitos que o envelhecimento pode ter nas minhas relações com os outros	11,42	13,812	0,687	0,863
29- Sinto-me zangado/a quando penso que estou a envelhecer	11,83	14,622	0,624	0,877

**Alpha de Cronbach: 0,882**

Média: 14,30

Variância: 20,429

Desvio-Padrão: 4,520

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens desta subescala situa-se num valor estatisticamente aceitável ( $\alpha = 0,88$ ), um pouco acima do valor de consistência interna obtido no estudo de validação na Irlanda, ( $\alpha = 0,74$ ).

Mais uma vez, todos os itens desta subescala mantêm uma correlação > 0,20, revelando assim, uma boa homogeneidade da subescala

Tabela 13 - Consistência interna do "Questionário das Percepções do Envelhecimento", Subescala Mudanças Saúde Escala Identidade – Parte B "Experienciou esta mudança?" (5 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
Id1- Problemas de peso	8,25	16,776	0,296	0,790
Id2- Problemas em dormir	8,22	17,891	0,025	0,807
Id3- Hérnia discal	8,49	16,950	0,299	0,789
Id4- Dores nas articulações	7,92	15,039	0,289	0,810
Id5- Não ter facilidade em movimentar-se	8,31	16,246	0,434	0,781
Id6- Perda do equilíbrio	8,44	16,109	0,508	0,776
Id7- Perda de força	8,08	16,140	0,500	0,777
Id8- Abrandar o ritmo	8,02	16,147	0,537	0,775
Id9- Câimbras	8,28	16,143	0,459	0,779
Id10- Problemas nos ossos ou nas articulações	8,05	16,773	0,341	0,787
Id11- Problemas de coração	8,41	16,150	0,483	0,778
Id12- Problemas nos ouvidos ou em ouvir	8,15	15,961	0,522	0,775
Id13- Alterações nos olhos e na visão	7,96	17,324	0,188	0,796
Id14- Problemas respiratórios	8,43	15,844	0,579	0,772
Id15- Problemas nos pés	8,28	15,969	0,505	0,776
Id16- Depressão	8,49	16,546	0,414	0,782
Id17- Ansiedade	8,41	16,274	0,449	0,780

<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,794</b>
Média:	8,76
Variância:	18,245
Desvio-Padrão:	4,271

A escala Identidade apresenta um coeficiente Alpha de Cronbach de 0,79, considerando-se um valor aceitável uma vez que é superior a 0,70, valor este considerado adequado 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 0,3 e 0,51 sugerindo uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 14 - Consistência interna do “Questionário das Percepções do Envelhecimento”, Subescala Mudanças Saúde Escala Identidade – Parte B “Pensa que esta mudança está APENAS relacionada com o facto de envelhecer?” (17 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
Id1- Problemas de peso	6,32	19,132	0,245	0,824
Id2- Problemas em dormir	6,32	19,461	0,164	0,828
Id3- Hérnia discal	6,46	19,041	0,367	0,818
Id4- Dores nas articulações	6,15	18,534	0,359	0,818
Id5- Não ter facilidade em movimentar-se	6,19	17,908	0,519	0,809
Id6- Perda do equilíbrio	6,25	17,555	0,629	0,803
Id7- Perda de força	5,99	18,008	0,506	0,810
Id8- Abrandar o ritmo	5,94	18,074	0,510	0,810
Id9- Cãimbras	6,23	17,946	0,519	0,809
Id10- Problemas nos ossos ou nas articulações	6,02	16,612	0,307	0,844
Id11- Problemas de coração	6,40	18,273	0,535	0,810
Id12- Problemas nos ouvidos ou em ouvir	6,18	18,069	0,476	0,811
Id13- Alterações nos olhos e na visão	6,03	18,681	0,329	0,820
Id14- Problemas respiratórios	6,35	17,934	0,583	0,807
Id15- Problemas nos pés	6,32	18,016	0,539	0,809
Id16- Depressão	6,37	18,467	0,451	0,813
Id17- Ansiedade	6,32	17,833	0,547	0,808
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,824</b>			
Média:	6,62			
Variância:	20,332			

A outra parte da escala Identidade apresenta um coeficiente Alpha de Cronbach de 0,82, considerando-se um valor 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 0,25 e 0,55, sugerindo uma boa homogeneidade da subescala. Existe apenas um item que apresenta uma correlação abaixo de 0,20 (Item Id2), optamos por mantê-lo, uma vez que a consistência interna da escala não melhora com a sua retirada.

Tabela 15 - Resultados Resumidos da Consistência interna do "Questionário das Percepções do Envelhecimento"

Subescalas	Alpha( $\alpha$ ) de Cronbach
Parte A - (32 Itens)	0,698
Consequências Negativas Internas - (5 Itens)	0,233
Consequências Positivas - (3 Itens)	0,699
Controlo Negativo - (4 Itens)	0,816
Controlo Positivo - (5 Itens)	0,835
Duração Crónica Positiva - (5 Itens)	0,351
Duração Cíclica - (5 Itens)	0,612
Representações Emocionais - (5 Itens)	0,882
Parte B – Escala Identidade (Experiência -> Mudança) - (17 Itens)	0,794
Parte B – Escala Identidade (Mudança -> Facto de Envelhecer) - (17 Itens)	0,824
<b>Escala Total</b>	<b>0,802</b>

### b) Validade

A validade de construto de todos os instrumentos garante em que extensão os construtos teóricos para o estudo estão adequadamente operacionalizados (Hoyle, Harris & Judd, 2002). A validade de construto não é uma expressão simples de coeficientes de correlação, é uma apreciação tende por base várias informações, como os da construção dos instrumentos, a análise dos resultados, a estrutura factorial dos resultados e os padrões de correlação dos seus resultados com outras medidas.

É importante, também, o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que é uma indicação estatística que indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, ou seja, que pode ser atribuída a um factor comum, então: quanto mais próximo de 1 melhor o resultado, ou seja, a mais adequada é a amostra à aplicação da análise factorial (Hair, Black, Bbin, Anderson, & Tatham, 2009; Pereira, 2001).

Na análise da validade de construto foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, através da Análise das Componentes Principais, com rotação ortogonal pelo método Varimax, com definição prévia dos factores. A análise factorial de componentes principais com rotação Varimax, confirmou os factores esperados e optou-se por este tipo de rotação pois era aquela onde as cargas factoriais eram mais elevadas e onde ocorria menor saturação entre factores. Consideramos somente os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 16).

Tabela 16 – Análise das Componentes Principais do “*Questionário das Percepções do Envelhecimento*”

Itens	Factores								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Duração Cíclica	<b>0,917</b>								
Consequências Negativas		<b>0,964</b>							
Controlo Negativo	<b>0,311</b>		<b>0,898</b>						
Mudança Saúde a				<b>0,917</b>				0,322	
Consequências Positivas					<b>0,966</b>				
Duração Crónica						<b>0,969</b>			
Controlo Positivo							<b>0,910</b>		
Mudança Saúde b				0,332				<b>0,909</b>	
Representações Emocionais	0,453		0,341						<b>0,681</b>
<b>Variância Explicada (%)</b>	38,710	15,372	13,780	8,997	8,029	4,935	4,737	3,198	2,242
<b>Eigenvalues</b>	3,484	1,383	1,240	0,810	0,723	0,444	0,426	0,288	0,202
<b>KMO</b>	<b>0,735</b>								

Através da Análise das Componentes Principais confirmamos que, tal como no estudo original, são dadas sete dimensões com excelente carga factorial, acima de 0,90. No entanto também encontramos as 2 dimensões relativas à experiencia de mudança relativas à saúde. O factor 9 tem uma carga factorial média, embora muito próxima do bom. O factor 2 e 6, apresentam uma carga factorial boa, próxima do excelente.

Verificamos, também, que os factores 1, 3, 4 e 8 saturam nos factores 3 e no 9, 9, 8 e 4, contudo, não se trata de uma carga factorial relevante, estando até nos valores que não são aceitáveis (Maroco, 2007), do ponto de vista estatístico numa análise factorial (0,311 e 0,453, 0,341, 0,332 e 0,322, respectivamente). Isto mostra-nos que houve uma diferenciação das várias dimensões através dos seus itens. O valor do KMO, (0,7) mostra que existe uma homogeneidade média, ou seja, proporção da variância que as variáveis (itens do instrumento) apresentam em comum, ou a proporção dos factores comuns.

## **8.4 Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (*Scale of Psychological Well-Being*)**

### **8.4.1 Versão Original**

Originalmente denomina-se *Scale of Psychological Well-Being*, tendo sido construída por C. Ryff, em 1989. a versão utilizada é a Versão Reduzida construída por Rosa Novo, Maria Eugénia Duarte Silva e Elizabeth Peralta, em 2003.

O modelo proposto por C. Ryff, foi elaborado considerando algumas considerações teóricas e metodológicas acerca de estudos sobre o bem-estar, de diversas áreas autores das áreas conhecimento: investigação, clínica em saúde mental, psicologia do desenvolvimento e psicologia clínica. No âmbito teórico, Ryff (1989), questiona o facto de que embora existam diferentes abordagens que relacionam o bem-estar com o funcionamento positivo, a concepção teórica de bem-estar utilizada por tais abordagens é reducionista. Pois utilizam como critérios únicos para a definição de bem-estar, a felicidade e a satisfação com a vida deixando de contemplar outras dimensões psicológicas que caracterizam o funcionamento positivo.

Centra-se no conceito de Bem-Estar Psicológico, este conceito é encarado numa óptica multidimensional, pois encerra características de natureza cognitiva e afectiva, podendo aferirem-se seis: Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas, Objectivos na Vida e Aceitação de Si (Novo, 2003). O 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).

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). Existem várias formas de apresentação das Escalas de Bem-Estar Psicológico, na versão reduzida cada escala é composta por três itens, sendo o conjunto das escalas composto por 18 itens (Ryff & Keyes, 1995). Nesta forma, 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 auto-determinação do indivíduo (Ryff, 1989a). A segunda dimensão, o Domínio do Meio, é caracterizada como um senso de maestria e de competência de coordenar no ambiente, aptidão e criatividade de criar

contextos adequados às necessidades pessoais e uso efectivo das oportunidades que o ambiente oferece (Ryff, 1989a).

O Crescimento Pessoal, refere-se à terceira dimensão, e centra-se na importância de um sentimento de desenvolvimento contínuo do indivíduo, a sua abertura para novas experiências, a percepção de seu potencial e, a melhoria do seu *self* e de seu comportamento ao longo do tempo. As dimensões anteriores representava um objectivo para o desenvolvimento pleno mas, esta enfatiza a necessidade de o indivíduo garantir uma actualização permanente em termos de desenvolvimento e crescimento. A capacidade de se adaptar às contínuas mudanças do mundo, requer a capacidade pessoal de reformar de forma constante (Ryff, 1989a). As Relações Positivas, enfatizam o interesse e a preocupação com a esfera interpessoal, a percepção de competências para estabelecer relações satisfatórias e a preocupação com o bem-estar dos outros (Ryff, 1989a).

Na quinta dimensão, os Objectivos na Vida, traduzem o reconhecimento de ambições e metas a alcançar, e a certeza estas direccionam o comportamento e promovem um sentido à vida (Ryff, 1989a).

A última dimensão, é a Aceitação de Si, diz respeito às atitudes positivas do indivíduo em relação a si próprio, ao reconhecimento e, aceitação dos múltiplos aspectos do *self* e sentimento positivo relativo à vida passada (Ryff, 1989a).

#### **8.4.2 Características Psicométricas na População Portuguesa**

A Escala de Bem-Estar Psicológico foi adaptada, em Portugal, através de um estudo com 346 participantes de ambos os sexos e com idades compreendidas entre 18 e 78 anos. Utilizou-se 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 Alpha de Cronbach entre 0,70 e 0,89, para as seis escalas, e 0,93 para o conjunto das escalas (Novo, 2003).

#### **8.4.3 Características Psicométricas do Estudo Piloto**

O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a globalidade da escala foi de 0,84, sugerindo uma consistência interna aceitável, para na amostra (n=20).

#### **8.4.4 Características Psicométricas da Amostra em Estudo**

Embora já existam estudos de validação e fiabilidade 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 Alpha de Cronbach (consistência interna) para a escala total (Tabela 17) e para as subescalas - Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas, Objectivos na Vida e Aceitação de Si (Tabelas 18, 19, 20, 21, 22 e 23).

Tabela 17 - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico” - Escala Total (18 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões, mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas	77,13	242,735	0,199	0,873
2- Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades	77,19	229,133	0,545	0,859
3- Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo	77,42	245,640	0,138	0,875
4- Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante	76,85	228,844	0,538	0,860
5- Não tenho a noção do que estou a tentar alcançar na vida	77,17	230,328	0,427	0,864
6- Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram	77,55	221,040	0,692	0,853
7- Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim	77,73	235,346	0,327	0,868
8- Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer	77,21	232,926	0,471	0,862
9- Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa	76,88	228,490	0,559	0,859
10- Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades	77,62	228,950	0,521	0,860
11- Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade	77,28	228,329	0,518	0,860
12- Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade	77,20	242,394	0,212	0,872
13- Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes	77,08	241,923	0,258	0,870
14- Tenho dificuldade em organizar a vida de forma a que me satisfaça	77,25	218,284	0,678	0,853

15- Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida	77,62	214,996	0,704	0,852
16- Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança	77,95	226,323	0,522	0,860
17- Em última análise, olhando para trás, não tenho a certeza de que a minha vida tenha valido muito	77,24	218,276	0,698	0,852
18- Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida	77,13	219,076	0,709	0,852

---

<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,868</b>
Média:	81,85
Variância:	255,444
Desvio-Padrão:	15,983

---

A globalidade da *Escala de Bem-Estar Psicológico* apresenta um coeficiente Alpha de Cronbach de 0,87, 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 0,14 e 0,71. Os Itens 1 e 3 são aqueles que apresentam correlações < 0,20. Estes itens não foram retirados do estudo porque não afectam de forma significativa a homogeneidade da escala.

Tabela 18 - Resultados da avaliação da consistência interna da “*Escala de Bem-Estar Psicológico*”, Subescala Aceitação de Si (3 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
12- Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade	9,34	9,295	0,091	0,844
17- Em última análise, olhando para trás, não tenho a certeza de que a minha vida tenha valido muito	9,38	5,849	0,507	0,247
18- Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida	9,27	5,485	0,616	0,060

---

<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,567</b>
Média:	13,99
Variância	12,721
Desvio-Padrão	3,567

---

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala apresenta um valor não aceitável ( $\alpha = 0,57$ ), comparando com o estudo original que apresenta um valor de Alpha de 0,86. Este resultado pode encontrar dever-se ao numero

reduzido de casos e/ou ao número reduzido de itens. Se analisarmos a correlação entre os itens, verificamos que estes variam entre 0,09 (Item 12) e 0,5, o que nos leva a concluir que a retirada no item 12 melhoraria a consistência interna da escala.

Tabela 19 - Tabela - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”, Subescala Autonomia (3 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões, mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas	9,42	4,663	0,102	0,255
8- Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer	9,49	4,950	0,163	0,111
13- Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes	9,37	5,103	0,135	0,172
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,245</b>			
Média:	14,14			
Variância:	8,012			
Desvio-Padrão:	2,830			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala apresenta um valor não aceitável ( $\alpha = 0,25$ ), comparando com o estudo original que apresenta um valor de Alpha de 0,74. Se analisarmos a correlação entre os itens, verificamos que estes têm correlações muito baixas, no entanto a sua retirada não melhora a retirada da consistência interna.

Tabela 20 - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”, Subescala Crescimento Pessoal (3 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
3- Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo	9,28	6,744	0,309	0,645
6- Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram	9,41	5,639	0,545	0,279
9- Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa	8,75	6,966	0,382	0,532

<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,598</b>
Média:	13,72
Variância:	12,081
Desvio-Padrão:	3,476

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala apresenta um valor não aceitável ( $\alpha=0,60$ ), comparando com o estudo original que apresenta um valor de Alpha de 0,77. Se analisarmos a correlação entre os itens, verificamos que estes têm correlações superiores a 0,20.

Tabela 21 - Resultados da avaliação da consistência interna da “*Escala de Bem-Estar Psicológico*”, Subescala Domínio do Meio (3 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
2- Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades	8,50	8,143	0,317	0,593
14- Tenho dificuldade em organizar a vida de forma a que me satisfaça	8,56	5,566	0,552	0,221
16- Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança	9,26	7,109	0,339	0,573

<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,587</b>
Média:	13,16
Variância:	12,943
Desvio-Padrão:	3,598

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala apresenta um valor não aceitável ( $\alpha = 0,587$ ), comparando com o estudo original que apresenta um valor de Alpha de 0,75.

Este resultado pode encontrar dever-se ao número reduzido de casos e/ou ao número reduzido de itens. Se analisarmos a correlação entre os itens, verificamos que estes têm correlações superiores a 0,20.

Tabela 22 - Resultados da avaliação da consistência interna da “*Escala de Bem-Estar Psicológico*”, Subescala Objectivos de Vida (3 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
5- Não tenho a noção do que estou a tentar alcançar na vida	8,80	7,402	0,371	0,452

11- Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade	8,92	7,845	0,392	0,425
15- Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida	9,25	7,199	0,345	0,497

---

<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,558</b>
Média:	13,48
Variância:	13,9787
Desvio-Padrão:	3,713

---

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala apresenta um valor não aceitável ( $\alpha = 0,56$ ), comparando com o estudo original que apresenta um valor de Alpha de 0,81. Este resultado pode encontrar dever-se ao número reduzido de casos e/ou ao número reduzido de itens. Se analisarmos a correlação entre os itens, verificamos que estes têm correlações superiores a 0,20, e mesmo se considerássemos a sua retirada, verificaríamos que a consistência interna não melhoraria.

Tabela 23 - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Bem-Estar Psicológico”, Subescala Relações Positivas (3 Itens)

---

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
4- Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante	8,35	5,502	0,249	0,081
7- Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim	9,24	5,361	0,151	0,288
10- Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades	9,13	6,146	0,131	0,317
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,311</b>			
Média:	13,36			
Variância:	9,488			
Desvio-Padrão:	3,080			

---

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da subescala apresenta um valor não aceitável ( $\alpha = 0,31$ ), comparando com o estudo original que apresenta um valor de Alpha de 0,82. Este resultado pode encontrar dever-se ao número reduzido de casos e/ou ao número reduzido de itens.

Se analisarmos a correlação entre os itens, verificamos 2 têm correlações inferiores a 0,20, mas se considerássemos a sua retirada, verificaríamos que a consistência interna não melhoraria.

Tabela 24 - Resumo dos Resultados da Consistência interna da "Escala de Bem-Estar Psicológico"

Subescalas	Alpha( $\alpha$ ) de Cronbach
Aceitação de si	0,567
Autonomia	0,245
Crescimento Pessoal	0,598
Domínio do Meio	0,587
Objectivos de Vida	0,558
Relações Interpessoais	0,311
<b>Escala Total</b>	<b>0,868</b>

De uma forma global verificamos que o estudo original, não apresenta valores de alphas muito elevados, excepção apenas para o valor da escala total, e de facto os valores que encontramos nas subescalas são de facto pouco aceitáveis estatisticamente

#### b) Validade

Na análise da validade de construto foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, através da Análise das Componentes Principais, com rotação ortogonal pelo método Varimax, com definição prévia dos factores. Consideramos somente os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 25).

Tabela 25 – Análise das Componentes Principais do "Escala de Bem-Estar Psicológico"

Itens	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Autonomia	<b>0,956</b>					
Crescimento Pessoal		<b>0,936</b>				
Aceitação de Si			<b>0,858</b>			
Relações Interpessoais				<b>0,859</b>		
Objectivos de Vida			0,309	,319	<b>0,820</b>	
Domínio do Meio			0,379			<b>0,780</b>
<b>Variância Explicada (%)</b>	62,143	12,423	9,734	7,318	5,141	3,241
<b>Eigenvalues</b>	3,729	0,745	0,584	0,439	0,308	0,194
<b>KMO</b>	<b>0,840</b>					

Através da Análise das Componentes Principais confirmamos que, tal como no estudo original, são dadas seis dimensões com boa carga factorial, acima de 0,80. O factor 1 tem uma carga factorial média, embora muito próxima do bom. O factor 3 e 4, saturam nos factores 5 e 6, 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 (0,309,

0,379 e 0,319, respectivamente). Isto mostra-nos que houve uma diferenciação das várias dimensões através dos seus itens. O valor do KMO é 0,8, evidenciando uma boa homogeneidade entre as variáveis (itens do instrumento).

## **8.5 Questionário de Estado de Saúde – SF-12v2 (*Health Survey*)**

### **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. As 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. A 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. Depois, a Escala de Vitalidade (VT), que inclui os níveis de energia e de fadiga. E as restantes, Escala de Função Social (FS), que capta a quantidade e qualidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas actividades e Escala de Saúde Mental (SM), que inclui os conceitos de ansiedade, depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico.

Um questionário de 12 itens, criado a partir versão SF36, o processo de desenvolvimento do SF12 teve como base, a possibilidade de produzir uma versão reduzida, associada a uma maior exactidão.

Dentro do processo da evolução do SF12, foram criadas duas versões. A primeira versão do SF12, criada em 1994, tem como única opção de pontuação o cálculo de dois domínios o físico e o mental. Em estudos prévios do SF36, foi observado que estes domínios eram responsáveis por 80 a 85% da variância dos oito domínios originalmente descritos. Isto criou a hipótese criar uma escala reduzida. As subescalas têm uma correspondência: Função física (Item 2a e 2b); Desempenho físico (Item 3a e 3b e 4a); Dor física (Item 5); Percepção geral da saúde (Item 1); Vitalidade (Item 6b); Função social (Item 7); Desempenho emocional (Item 4b) e Saúde mental (Item 6a e 6c). Índices Sumários: Componente Sumária Física (Função física, Desempenho físico, Dor física e Percepção geral da saúde) e uma

Componente Sumária Mental (Vitalidade, Função social, Desempenho emocional e Saúde mental).

Quanto ao período de tempo a ser avaliado, existem duas opções de resposta disponíveis no questionário SF12: uma opção que analisa o período de 4 semanas e outra opção, que se refere aos sintomas sentido na semana anterior à aplicação do questionário.

### 8.5.2 Características Psicométricas na População Portuguesa

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 validade, 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 do Estudo Piloto

Os resultados obtidos na amostra (n = 20) revelam uma boa consistência interna, pois apresenta um coeficiente alfa de Cronbach de 0,94.

### 8.5.4 Características Psicométricas da Amostra em Estudo

Realizou-se o estudo das características psicométricas, de forma a desenvolver alguns dados de referência para estudos futuros.

#### a) Fiabilidade

Calculou-se o coeficiente Alpha de Cronbach (consistência interna) para a escala total (Tabela 26) e para os Índices Sumários: Componente Sumária Física (Função física, Desempenho físico, Dor física e Percepção geral da saúde) – Tabela 27. E uma Componente Sumária Mental (Vitalidade, Função social, Desempenho emocional e Saúde mental) – Tabela 28, porque existem subescala, que são constituídas por apenas um item, o que torna impossível estatisticamente calcular o alpha de Cronbach.

Tabela 26 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário de Estado de Saúde*”, Escala Total (12 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Como é a sua saúde	37,6047	70,772	0,340	0,886

2a- Será que a sua saúde o/a limita em actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa?	37,6667	71,302	0,467	0,881
2b- Será que a sua saúde o/a limita no subir vários lanços de escada?	37,8372	70,840	0,458	0,881
3a- Nas últimas 4 semanas fez menos do que queria, no seu trabalho ou actividades diárias, consequência do seu estado de saúde física?	36,4574	61,031	0,788	0,861
3b- Nas últimas 4 semanas sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho, no seu trabalho ou actividades diárias, consequência do seu estado de saúde física?	36,3953	61,475	0,732	0,865
4a- Nas últimas 4 semanas, fez menos do que queria, no seu trabalho ou actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?	36,1860	61,246	0,737	0,864
4b- Nas últimas 4 semanas, executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume, no seu trabalho ou actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?	36,0698	60,565	0,783	0,861
5- Nas últimas 4 semanas, de que forma é que a Dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto fora de casa como o trabalho doméstico)?	36,5969	66,258	0,521	0,878
6a- Quanto tempo, nas últimas quatro semanas se sentiu calmo e tranquilo/a?	36,5271	66,267	0,430	0,885
6a- Quanto tempo, nas últimas quatro semanas se sentiu com muita energia	36,7907	65,042	0,615	0,872
6b- Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu deprimido/a?	36,2248	63,551	0,592	0,874
7- Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?	36,2403	66,184	0,539	0,877

---

<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,883</b>
Média:	40,0543
Variância:	76,989
Desvio-Padrão:	8,77435

A globalidade deste questionário apresenta um Alpha de Cronbach de 0,89 nesta amostra. O que podemos considerar o valor bom do ponto de vista estatístico. O estudo original não apresenta o valor de  $\alpha$  da escala total.

Quanto às correlações entre os itens, os valores situam-se entre 0,34 e 0,79. O valor de consistência interna obtido nesta amostra evidencia boas características psicométricas da escala.

Tabela 27 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário do Estado de Saúde*”, Subescalas Componente Sumária Física (4 itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
Função Física	9,0949	22,617	0,267	0,082
Saúde Geral	8,9410	21,673	0,235	0,054
Desempenho Físico	7,6846	22,152	0,123	0,106
Dor Física	8,4872	4,572	0,039	0,687
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,583</b>			
Média:	11,4026			
Variância:	24,617			
Desvio-Padrão:	4,96151			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens do Índice apresenta um valor não aceitável ( $\alpha = 0,583$ ), não podemos comparar com o estudo original, pois este valor não é apresentado. Este valor pode-se dever ao número reduzido de itens que constituem esta componente. Se analisarmos a correlação entre as subescalas, verificamos 2 têm correlações inferiores a 0,20, mas se considerássemos a sua retirada, apenas o recomendaríamos no caso da “Dor Física” pois a consistência interna melhoraria.

Tabela 28 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário do Estado de Saúde*”, Componente Sumária Mental (4 itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
Vitalidade	11,4885	7,688	0,569	0,749
Função Social	10,9192	7,860	0,528	0,768
Desempenho Emocional	10,7500	6,881	0,612	0,729
Saúde Mental	11,0692	7,212	0,682	0,693
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,789</b>			
Média:	14,7423			
Variância:	12,303			
Desvio-Padrão:	3,50760			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens do Índice apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,79$ ), não podemos comparar com o estudo original, pois este valor não é apresentado. Se analisarmos a correlação entre as subescalas, nenhuma tem correlações inferiores a 0,20.

Tabela 29 - Resumo dos Resultados da Consistência interna do “*Questionário do Estado de Saúde*”

<b>Subescalas</b>	<b>Alpha(<math>\alpha</math>) de Cronbach</b>
Componente Sumária Física	0,154
Componente Sumária Mental	0,788
<b>Escala Total</b>	<b>0,883</b>

De uma forma global verificamos que o estudo original, não apresenta valores de alphas para os índices e verificamos uma grande diferença entre as duas componentes.

#### **b) Validade**

Na análise da validade de construto foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, através da Análise das Componentes Principais, com rotação Varimax, com definição prévia dos factores. Consideramos somente os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 30).

Tabela 30 – Análise das Componentes Principais do “*Questionário do Estado de Saúde*”

<b>Itens</b>	<b>Factores</b>							
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Função Social	<b>0,936</b>							
Saúde Geral		<b>0,942</b>			0,301			
Vitalidade			<b>0,906</b>					
Dor Física				<b>0,992</b>				
Função Física		0,347			<b>0,896</b>			
Saúde Mental			0,315			<b>0,885</b>		
Desempenho Emocional							<b>0,818</b>	0,414
Desempenho Físico							0,436	<b>0,784</b>
<b>Variância Explicada (%)</b>	43,289	18,981	12,979	8,981	7,268	3,994	3,529	1,685
<b>Eigenvalues</b>	3,463	1,462	1,038	0,718	0,581	0,320	0,282	0,135
<b>KMO</b>	0,728							

Através da Análise das Componentes Principais confirmamos que, tal como no estudo original, são dadas oito dimensões com boa carga factorial, acima de 0,7. A carga factorial é, de forma geral, boa, embora muito próxima do bom. O factor 2,3,5,7 e 8, saturam nos factores 5, 6, 2, 8 e 7 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 (0,347, 0,315, 0,301, 0,436 e 0,414, respectivamente). I

Isto mostra-nos que houve uma diferenciação das várias dimensões através dos seus itens. O valor do KMO é 0,7, evidenciando uma homogeneidade considerável entre as variáveis (itens do instrumento).

## **8.6 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*)**

### **8.6.1 Versão Original**

*The Hospital Anxiety and Depression Scale* foi desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983, sendo 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 por psicólogos.

É composta por duas subescalas: uma de ansiedade e outra de depressão. Cada uma com 7 itens, cotadas em separado, existindo para cada item quatro possíveis respostas, cotadas de 0 a 3, em que o valor 0 reflecte menor gravidade e o valor 3 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 Zigmund 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 deste instrumento podem também ser alargadas à faixa etária dos adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos.

### **8.6.2 Características Psicométricas na População Portuguesa**

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 para a depressão, o alfa encontrado foi de 0.81.

### 8.6.3 Características Psicométricas do Estudo Piloto

Os resultados obtidos na amostra (n = 20) revelam uma aceitável consistência interna, pois apresenta um coeficiente alfa de Cronbach de 0,66.

### 8.6.4 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 poder comparar com estudos que possam já existir.

#### a) Fiabilidade

Calculou-se o coeficiente Alpha de Cronbach (consistência interna) para a escala total (Tabela 31) e para as subescalas: Ansiedade e Depressão (Tabela 32 e 33).

Tabela 31 - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar”, Escala Total (14 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Sinto-me tenso/a ou nervoso/a	22,40	47,746	0,663	0,803
2- Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	22,20	42,502	0,766	0,786
3- Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	22,18	44,787	0,656	0,797
4- Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	22,27	43,966	0,633	0,797
5- Tenho a cabeça cheia de preocupações	22,47	46,375	0,598	0,802
6- Sinto-me animado/a	23,39	59,837	- 0,439	0,866
7- Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a	22,46	46,902	0,510	0,808
8- Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar	22,88	46,816	0,552	0,805
9- Fico de tal forma apreensivo/a, que até sinto um aperto no estômago	23,51	56,531	- 0,257	0,846
10- Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	21,89	49,895	0,324	0,820
11- Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a	22,61	45,930	0,528	0,806
12- Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	22,38	45,927	0,495	0,809

13- De repente, tenho sensações de pânico	22,09	44,162	0,636	0,797
14- Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão	22,06	44,663	0,616	0,799
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,823</b>			
Média:	24,22			
Variância:	54,434			
Desvio-Padrão:	7,378			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens do Índice apresenta um valor não aceitável ( $\alpha = 0,82$ ), não podemos comparar com o estudo original, pois este valor não é apresentado.

Contudo, o valor de consistência interna obtido nesta amostra evidencia boas características psicométricas da escala. Relativamente às correlações entre os itens, verificamos que estes têm correlações superiores a 0,20, e variam entre - 0,26 (Item 9) e 0,77 (Item 2).

Tabela 32 - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar”, Subescala Ansiedade (7 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Sinto-me tenso/a ou nervoso/a	9,97	12,557	0,706	0,690
3- Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	9,75	10,807	0,714	0,664
5- Tenho a cabeça cheia de preocupações	10,04	11,619	0,659	0,683
7- Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a r sentir-me relaxado/a	10,03	12,898	0,384	0,744
9- Fico de tal forma apreensivo/a, que até sinto um aperto no estômago	11,08	17,730	- 0,316	0,836
11- Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a	10,18	11,356	0,570	0,701
13- De repente, tenho sensações de pânico	9,66	10,923	0,608	0,691
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,755</b>			
Média:	11,78			
Variância:	16,418			
Desvio-Padrão:	4,052			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,75$ ), muito próximo do estudo original 0,76. Contudo, o valor de consistência interna obtido nesta amostra evidencia boas características psicométricas da escala. Relativamente às

correlações entre os itens, verificamos que estes têm correlações superiores a 0,20, e variam entre - 0,32 (Item 9) e 0,71 (Item 3).

Tabela 33 - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar”, Subescala Depressão (7 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
2- Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	10,42	9,873	0,799	0,486
4- Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	10,48	10,500	0,663	0,535
6- Sinto-me animado/a	11,61	19,341	- 0,462	0,816
8- Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar	11,10	12,695	0,458	0,612
10- Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	10,11	13,973	0,284	0,656
12- Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	10,59	12,057	0,422	0,619
14- Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão	10,28	10,837	0,650	0,544
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,668</b>			
Média:	12,43			
Variância:	16,449			
Desvio-Padrão:	4,056			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,67$ ), sendo no estudo original de 0,81. Contudo, o valor de consistência interna obtido nesta amostra evidencia boas características psicométricas da escala.

Relativamente às correlações entre os itens, verificamos que estes têm correlações superiores a 0,20, e variam entre 0,28 (Item 10) e 0,80 (Item 2). Referencia também para o Item 6 que apresenta correlação negativa.

Tabela 34 - Resumo da Consistência Interna da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar”

Subescalas	Alpha( $\alpha$ ) de Cronbach
Ansiedade	0,823
Depressão	0,755
<b>Escala Total</b>	<b>0,668</b>

## b) Validade

Na análise da validade de construto foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, através da Análise das Componentes Principais, com rotação oblíqua pelo método Promax, com definição prévia dos factores. Consideramos somente os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 35).

Tabela 35 – Análise das Componentes Principais da “Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar”

Itens	Factores	
	1	2
Depressão Hospitalar	<b>0,988</b>	
Ansiedade Hospitalar		<b>0,988</b>
Variância Explicada (%)	82,809	17,191
Eigenvalues	1,656	0,344
KMO	0,500	

Através da Análise das Componentes Principais confirmamos que, tal como no estudo original, são dadas duas dimensões com excelente carga factorial, acima de 0,7. Isto mostra-nos que houve uma diferenciação das várias dimensões através dos seus itens. O valor do KMO é 0,5, evidenciando uma homogeneidade má, mas aceitável entre as variáveis (itens do instrumento).

## 8.7 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory*)

### 8.7.1 Versão Original

Originalmente é o *Brief Symptom Inventory*, de Derogatis, construído em 1982, sendo 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. A primeira é a 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. Na dimensão 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.

A dimensão 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. A Depressão é representada pelos 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. Sendo a Ansiedade caracterizada por 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.

Na Hostilidade, estão presentes os pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera. Inclui os itens 6, 13, 40, 41, e 46. A dimensão Ansiedade Fóbica, remete-nos para a 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. Esta dimensão, Ideação Paranóide, 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. A última dimensão, o 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.

Este instrumento foi desenvolvido numa tentativa de fazer face à extensão que o SCL-90-R apresenta, que funciona como uma limitação, uma vez que é constituído por 90 itens, implicando a necessidade de um tempo de preenchimento maior. Colmatando esta essa lacuna, 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**

Foi necessário 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 do Estudo Piloto**

O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a globalidade do instrumento foi de 0,95, sugerindo uma muito boa consistência interna.

### **8.7.4 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**

Calculou-se o coeficiente Alpha 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.

Tabela 36 - Resultados da avaliação da consistência interna do "Inventário de Sintomas Psicopatológicos", Escala Total (53 Itens)

<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Variância</b>	<b>Correlação com o total (corrigido)</b>	<b>Alpha se o item for eliminado</b>
1- Nervosismo ou tensão interior	92,29	736,426	0,628	0,944
2- Desmaios ou tonturas	92,95	745,199	0,556	0,944
3- Ter a impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	93,25	767,772	0,099	0,946
4- Ter ideia de que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	93,10	757,253	0,326	0,945
5- Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	92,07	757,135	0,226	0,946
6- Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	92,08	751,241	0,406	0,945
7- Dores sobre o coração ou no peito	92,51	730,670	0,626	0,943
8- Medo na rua ou praças públicas	92,82	745,837	0,379	0,945
9- Pensamentos de acabar com a vida	93,19	749,552	0,506	0,944
10- Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	92,00	745,597	0,384	0,945
11- Perder o apetite	92,80	752,425	0,452	0,945
12- Ter um medo súbito sem razões para isso	92,90	749,533	0,407	0,945
13- Ter impulsos que não se podem controlar	93,09	748,984	0,537	0,944
14- Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	92,88	738,258	0,606	0,944
15- Dificuldade em fazer qualquer trabalho	92,35	730,321	0,649	0,943
16- Sentir-se sozinho	92,68	723,380	0,708	0,943
17- Sentir-se triste	92,22	732,682	0,656	0,943
18- Não ter interesse por nada	92,68	726,326	0,659	0,943
19- Sentir-se atemorizado	92,78	736,232	0,194	0,952
20- Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	92,74	746,458	0,463	0,944
21- Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	92,88	746,512	0,590	0,944
22- Sentir-se inferior aos outros	92,92	733,582	0,666	0,943
23- Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	92,78	748,403	0,393	0,945
24- Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	92,48	747,663	0,464	0,944
25- Dificuldade em adormecer	92,22	748,496	0,379	0,945
26- Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	92,28	744,298	0,541	0,944
27- Dificuldade em tomar decisões	92,51	745,926	0,522	0,944

28- Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	93,05	763,509	0,164	0,946
29- Sensação de que lhe falta o ar	92,65	742,740	0,488	0,944
30- Calafrios ou afrontamentos	92,83	741,289	0,580	0,944
31- Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	92,95	752,432	0,434	0,945
32- Sensação de vazio na cabeça	92,65	727,592	0,700	0,943
33- Sensação de anestesia no corpo	92,66	748,489	0,459	0,944
34- Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados	93,06	748,384	0,502	0,944
35- Sentir-se sem esperança perante o futuro	92,75	734,327	0,562	0,944
36- Ter dificuldade em se concentrar	92,63	743,258	0,571	0,944
37- Falta de forças em partes do corpo	91,98	728,565	0,633	0,943
38- Sentir-se em estado de tensão ou aflição	92,48	735,786	0,638	0,944
39- Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	92,78	731,586	0,650	0,943
40- Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	93,06	751,624	0,440	0,945
41- Ter vontade de destruir ou partir coisas	93,29	756,643	0,455	0,945
42- Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	92,90	737,005	0,682	0,943
43- Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	92,98	758,759	0,261	0,945
44- Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	93,12	756,031	0,384	0,945
45- Ter ataques de terror ou pânico	93,29	753,123	0,466	0,945
46- Entrar facilmente em discussão	93,08	756,760	0,388	0,945
47- Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	93,08	752,838	0,512	0,944
48- Sentir que as outras pessoas não dão devido valor ao seu trabalho ou à suas capacidades	92,47	736,173	0,568	0,944
49- Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	92,72	737,383	0,534	0,944
50- Sentir que não tem valor	92,88	729,297	0,736	0,943
51- A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	92,55	732,745	0,593	0,944
52- Ter sentimentos de culpa	92,83	740,746	0,647	0,944
53- Ter impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	92,97	734,588	0,639	0,943

**Alpha de Cronbach: 0,945**

Média: 94,52

Variância: 71,802

Desvio-Padrão: 27,781

O coeficiente de Alpha de Cronbach para a globalidade da escala foi de 0,94, sugerindo uma consistência interna bastante aceitável. 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, revela que alguns itens apresentam uma baixa correlação ( $< 0,20$ ), estes variam entre 0,099 e 0,7, 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 37 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Subescala Ansiedade (6 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Nervosismo ou tensão interior	8,45	16,265	0,392	0,405
12- Ter um medo súbito sem razões para isso	9,05	16,796	0,351	0,424
19- Sentir-se atemorizado	8,94	10,709	0,142	0,694
38- Sentir-se em estado de tensão ou aflição	8,63	15,878	0,443	0,385
45- Ter ataques de terror ou pânico	9,45	18,404	0,256	0,468
49- Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	8,87	15,835	0,366	0,405
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,496</b>			
Média:	10,68			
Variância:	20,468			
Desvio-Padrão:	4,524			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor não aceitável ( $\alpha = 0,49$ ), no estudo original o valor é de 0,76.

Relativamente às correlações entre os itens, verificamos que estes têm correlações entre 0,25 e 0,39, excepto o item 19 que apresenta um valor abaixo de 0,20, no entanto, a sua manutenção não afecta significativamente a homogeneidade da escala. Por isso não é necessário retirar este Item.

Tabela 38 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Subescala Ansiedade Fóbica (6 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
8- Medo na rua ou praças públicas	7,88	6,894	0,385	0,599

28- Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	8,12	7,917	0,441	0,572
29- Sensação de que lhe falta o ar	7,72	8,221	0,227	0,658
31- Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	8,02	7,907	0,490	0,558
43- Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	8,05	8,029	0,399	0,586
47- Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	8,15	8,808	0,371	0,602

**Alpha de Cronbach: 0,639**

Média: 9,58

Variância: 10,694

Desvio-Padrão: 3,270

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor é aceitável ( $\alpha = 0,63$ ), no estudo original o valor é de 0,62, embora o valor encontrado não seja considerado muito bom a nível estatístico, este é significativamente superior ao do estudo de validação.

Relativamente às correlações entre os itens, verificamos que estes têm correlações entre 0,22 (Item 29) e 0,49 (Item 1). Sendo possível afirmar que estamos perante uma escala homogénea.

Tabela 39 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Subescala Depressão (9 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
9- Pensamentos de acabar com a vida	15,17	37,413	0,436	0,849
11- Perder o apetite	14,78	38,020	0,385	0,852
16- Sentir-se sozinho	14,66	30,210	0,773	0,813
17- Sentir-se triste	14,19	32,498	0,701	0,823
18- Não ter interesse por nada	14,66	31,218	0,683	0,824
25- Dificuldade em adormecer	14,19	37,645	0,259	0,867
35- Sentir-se sem esperança perante o futuro	14,73	33,392	0,540	0,840
39- Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	14,75	33,195	0,608	0,833
50- Sentir que não tem valor	14,86	31,981	0,774	0,816

**Alpha de Cronbach: 0,852**

Média: 16,50

Variância: 42,190

Desvio-Padrão: 6,495

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor é aceitável ( $\alpha = 0,85$ ), no estudo original o valor é de 0,72.

Relativamente às correlações entre os itens, verificamos que estes têm correlações entre 0,25 (Item 25) e 0,77 (Item 50). Sendo possível afirmar que estamos perante uma escala homogênea.

Tabela 40 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Subescala Hostilidade (5 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
6- Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	5,56	3,395	0,307	0,532
13- Ter impulsos que não se podem controlar	6,57	3,735	0,303	0,527
40- Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	6,54	3,677	0,279	0,543
41- Ter vontade de destruir ou partir coisas	6,77	3,683	0,512	0,435
46- Entrar facilmente em discussão	6,56	3,923	0,298	0,529
6- Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	5,56	3,395	0,307	0,532
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,569</b>			
Média:	8,00			
Variância:	5,194			
Desvio-Padrão:	2,279			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor não é aceitável ( $\alpha = 0,56$ ), no estudo original o valor é de 0,76.

Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes têm correlações entre 0,27 (Item 40) e 0,51 (Item 41), sugerindo uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 41 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Subescala Obsessão (6 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
5- Dificuldade em se lembrar das coisas passadas ou recentes	10,19	13,164	0,304	0,776
15- Dificuldade em fazer qualquer trabalho	10,47	12,018	0,430	0,744

26- Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	10,41	12,755	0,490	0,726
27- Dificuldade em tomar decisões	10,63	12,390	0,577	0,706
32- Sensação de vazio na cabeça	10,78	10,934	0,600	0,692
36- Ter dificuldade em se concentrar	10,75	11,877	0,663	0,684

**Alpha de Cronbach: 0,758**

Média: 12,65

Variância: 16,742

Desvio-Padrão: 4,092

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,75$ ), no estudo original o valor é de 0,77. Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes têm correlações entre 0,30 (Item 5) e 0,66 (Item 36), sugerindo uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 42 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Subescala Ideação Paranóide (6 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
4- Ter ideia de que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	10,28	13,272	0,353	0,722
10- Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	9,18	10,906	0,456	0,699
24- Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	9,66	12,613	0,370	0,718
48- Sentir que as outras pessoas não dão devido valor ao seu trabalho ou à suas capacidades	9,65	10,804	0,521	0,676
51- A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	9,73	9,795	0,639	0,633
52- Ter sentimentos de culpa	10,01	12,302	0,468	0,694

**Alpha de Cronbach: 0,730**

Média: 11,70

Variância: 15,871

Desvio-Padrão: 3,984

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,73$ ), no estudo original o valor é de 0,71. Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes têm correlações entre 0,35 (Item 4) e 0,63 (Item 51), sugerindo uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 43 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Subescala Psicoticismo (5 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
3- Ter a impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	6,05	5,834	0,123	0,586
14- Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	5,68	3,923	0,448	0,408
34- Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados	5,86	4,787	0,327	0,494
44- Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	5,92	5,498	0,188	0,563
53- Ter impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	5,77	3,621	0,491	0,371
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,555</b>			
Média:	7,32			
Variância:	6,655			
Desvio-Padrão:	2,580			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor não é aceitável ( $\alpha = 0,55$ ), no estudo original o valor é de 0,62. Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes têm correlações abaixo de 0,20, nomeadamente os Itens 3 e 44, no entanto a sua retirada não melhora a retirada da consistência interna.

Tabela 44 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Subescala Sensibilidade (4 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
20- Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	4,88	4,977	0,409	0,749
21- Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	5,02	5,225	0,530	0,687
24- Sentir-se inferior aos outros	5,05	3,881	0,671	0,588
42- Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	5,04	4,673	0,543	0,672
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,739</b>			
Média:	6,66			
Variância:	7,668			
Desvio-Padrão:	2,769			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,73$ ), no estudo original o valor é de 0,76.

Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes não apresentam correlações abaixo de 0,20, variando entre 0,40 (Item 20) e 0,53 (Item 42). Isto leva-nos a concluir parece haver uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 45 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”, Subescala Somatização (4 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
2- Desmaios ou tonturas	9,85	13,537	0,526	0,730
7- Dores sobre o coração ou no peito	9,42	11,097	0,650	0,689
23- Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	9,69	13,920	0,331	0,776
30- Calafrios ou afrontamentos	9,74	12,970	0,549	0,722
33- Sensação de anestesia no corpo	9,57	13,487	0,498	0,735
37- Falta de forças em partes do corpo	8,88	11,607	0,537	0,726
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,766</b>			
Média:	11,43			
Variância:	17,565			
Desvio-Padrão:	4,7191			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,76$ ), no estudo original o valor é de 0,79.

Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes não apresentam correlações abaixo de 0,20, variando entre 0,33 (Item 23) e 0,65 (Item 7).

Isto leva-nos a concluir parece haver uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 46 - Resumo da Consistência interna do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”

Subescalas	Alpha( $\alpha$ ) de Cronbach
Ansiedade	0,496
Ansiedade Fóbica	0,639
Depressão	0,852
Hostilidade	0,569
Obsessão	0,758

Paranóide	0,730
Psicoticismo	0,555
Sensibilidade	0,739
Somatização	0,766
<b>Escala Total</b>	<b>0,945</b>

### b) Validade

Na análise da validade de construto foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, através da Análise das Componentes Principais, com rotação ortogonal pelo método Varimax, com definição prévia dos factores. Consideramos somente os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 45).

Tabela 47 – Análise das Componentes Principais do “*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*”

Itens	Factores								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ansiedade	<b>0,888</b>								
Ansiedade Fóbica		<b>0,908</b>							
Psicoticismo			<b>0,857</b>						
Hostilidade				<b>0,842</b>					
Obsessão					<b>0,814</b>				
Sensibilidade						<b>0,789</b>			
Ideação Paranóide							<b>0,798</b>		
Somatização								<b>0,783</b>	
Depressão	0,340				0,302	0,330		0,305	<b>0,644</b>
<b>Variância Explicada (%)</b>	63,630	8,012	7,189	5,424	5,424	3,683	2,722	2,454	1,632
<b>Eigenvalues</b>	5,727	0,721	0,647	0,488	0,473	0,331	0,245	0,221	0,147
<b>KMO</b>	<b>0,896</b>								

Através da Análise das Componentes Principais confirmamos que, tal como no estudo original, são dadas nove dimensões com boa carga factorial, acima de 0,7. A excepção é do factor 9, que satura nos factores 1, 5, 6 e 8, não se trata de uma carga factorial relevante, estando até nos valores que não são aceitáveis do ponto de vista estatístico numa análise factorial (0,340, 0,302, 0,330 e 0,305, respectivamente). Isto mostra-nos que houve uma diferenciação das várias dimensões através dos seus itens. O valor do KMO é 0,8, evidenciando uma boa homogeneidade, entre as variáveis (itens do instrumento).

## **8.8 Escala de Provisões Sociais (*Social Provisions Scale*)**

### **8.8.1 Versão Original**

Esta escala 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.

A primeira dimensão é o Aconselhamento, 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. A Aliança Fiável, 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.

E a Vinculação, 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).

A dimensão Integração Social representa a 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. A Reafirmação de Valor, que permite obter dos outros uma valorização das nossas qualidades, aquisições e competências. É 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.

A Oportunidade de Prestação de Cuidados 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).

### **8.8.2 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.

### 8.8.3 Características Psicométricas no Estudo Piloto

Os resultados obtidos na amostra (n = 20) revelam uma boa consistência interna, pois apresenta um coeficiente alfa de Cronbach de 0,84.

### 8.8.4 Características Psicométricas na Amostra em Estudo

A não existência 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 Alpha 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.

Tabela 48 - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Escala Total (24 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Há pessoas com as quais posso contar para me ajudarem se eu necessitar realmente	70,1484	151,655	0,607	0,928
2- Sinto que não tenho relações próximas com outras pessoas	70,3281	152,679	0,558	0,928
3- Não há ninguém a quem possa recorrer para me para me aconselhar em alturas de stress	70,6953	154,292	0,318	0,933
4- Há pessoas que contam comigo caso precisem de ajuda	70,2109	153,380	0,514	0,929
5- Há pessoas que apreciam as mesmas actividades sociais que eu	70,3359	151,406	0,579	0,928
6- As outras pessoas não me vêem como competente	70,5859	151,678	0,518	0,929
7- Sinto-me pessoalmente responsável pelo bem-estar de outra pessoa	70,5156	148,992	0,521	0,929
8- Sinto-me parte de um grupo de pessoas que partilham as minhas atitudes e crenças	70,4297	154,389	0,446	0,930
9- Não penso que as outras pessoas respeitem as minhas competências e capacidades	70,6875	152,185	0,496	0,929
10- Se alguma coisa corresse mal, ninguém me ajudaria	70,3828	149,734	0,579	0,928

11- Tenho relações próximas que me dão um sentimento de segurança emocional e de bem-estar	70,4375	150,941	0,607	0,928
12- Há alguém com quem eu poderia falar acerca de importantes decisões na minha vida	70,2344	149,882	0,702	0,926
13- Tenho relações nas quais a minha competência e habilidade são reconhecidas	70,3828	152,254	0,579	0,928
14- Não há ninguém que partilhe os meus interesses e preocupações	70,6016	145,391	0,653	0,927
15- Não há ninguém que realmente conte comigo para o seu bem-estar	70,3438	146,133	0,708	0,926
16- Há uma pessoa digna de confiança a quem eu poderia recorrer para me aconselhar se eu estivesse a ter problemas	70,1484	152,175	0,597	0,928
17- Sinto uma forte ligação emocional com pelo menos uma outra pessoa	70,3594	152,374	0,590	0,928
18- Não há ninguém com quem eu possa contar para me ajudar se eu necessitar realmente	70,3594	146,516	0,703	0,926
19- Não há ninguém com quem eu me sinta confortável para falar acerca dos meus problemas	70,4844	147,858	0,610	0,928
20- Há pessoas que admiram os meus talentos e capacidades	70,5547	150,154	0,577	0,928
21- Sinto falta de um sentimento de intimidade com outra pessoa	70,5078	149,417	0,578	0,928
22- Não há ninguém que goste de fazer as coisas que eu faço	70,5156	145,732	0,726	0,925
23- Há pessoas com quem eu posso contar numa emergência	70,3281	151,703	0,517	0,929
24- Ninguém tem necessidade de que eu me preocupe com ele/ela	70,3828	145,970	0,695	0,926

---

<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,931</b>
Média:	73,4766
Variância:	163,149
Desvio-Padrão:	12,77298

---

Esta escala apresenta um Alpha de Cronbach de 0,93, comparando com os valores dos três estudos, respectivamente, 0,88, 0,89 e 0,91.

Podemos dizer que este valor é sensivelmente superior ao encontrado no estudo realizado por Moreira e Canaipa (2007), Relativamente às correlações entre os itens, os valores situam-se entre 0,31 (Item 3) e 0,72 (Item 22), sendo possível afirmar que estamos perante uma escala homogénea.

Tabela 49 - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Subescala Aconselhamento (4 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Há pessoas com as quais posso contar para me ajudarem se eu necessitar realmente	8,98	4,304	0,428	0,571
3- Não há ninguém a quem possa recorrer para me para me aconselhar em alturas de stress	9,53	4,173	0,233	0,712
10- Se alguma coisa corresse mal, ninguém me ajudaria	9,22	3,484	0,556	0,466
18- Não há ninguém com quem eu possa contar para me ajudar se eu necessitar realmente	9,18	3,507	0,509	0,500
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,638</b>			
Média:	12,30			
Variância:	6,134			
Desvio-Padrão:	2,477			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,63$ ), no estudo original o valor é de 0,76. Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes não apresentam correlações abaixo de 0,20, variando entre 0,23 (Item 3) e 0,55 (Item 10). Isto leva-nos a concluir parece haver uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 50 - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Subescala Aliança Fiável (4 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
12- Há alguém com quem eu poderia falar acerca de importantes decisões na minha vida	9,46	4,188	0,402	0,731
16- Há uma pessoa digna de confiança a quem eu poderia recorrer para me aconselhar se eu estivesse a ter problemas	9,35	3,812	0,615	0,625
19- Não há ninguém com quem eu me sinta confortável para falar acerca dos meus problemas	9,70	3,266	0,522	0,676
23- Há pessoas com quem eu posso contar numa emergência	9,54	3,491	0,573	0,636
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,729</b>			
Média:	12,68			
Variância:	6,016			
Desvio-Padrão:	2,453			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha \approx 0,73$ ), no estudo original o valor é de 0,76. Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes não apresentam correlações abaixo de 0,20, variando entre 0,40 (Item 12) e 0,61 (Item 16). Isto leva-nos a concluir parece haver uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 51 - Resultados da avaliação da consistência interna da "Escala de Provisões Sociais", Subescala Integração Social (4 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
9- Não penso que as outras pessoas respeitem as minhas competências e capacidades	8,99	4,164	0,346	0,721
13- Tenho relações nas quais a minha competência e habilidade são reconhecidas	8,67	4,458	0,358	0,707
20- Há pessoas que admiram os meus talentos e capacidades	8,84	3,351	0,631	0,542
22- Não há ninguém que goste de fazer as coisas que eu faço	8,80	3,084	0,638	0,530
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,701</b>			
Média:	11,77			
Variância:	6,086			
Desvio-Padrão:	2,467			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,70$ ), no estudo original o valor é de 0,75.

Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes não apresentam correlações abaixo de 0,20, variando entre 0,34 (Item 9) e 0,64 (Item 22). Isto leva-nos a concluir parece haver uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 52 - Resultados da avaliação da consistência interna da "Escala de Provisões Sociais", Subescala Oportunidade de Prestação de Cuidados (4 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
4- Há pessoas que contam comigo caso precisem de ajuda	9,2000	5,541	0,431	0,723

7- Sinto-me pessoalmente responsável pelo bem-estar de outra pessoa	9,4846	4,391	0,490	0,698
15- Não há ninguém que realmente conte comigo para o seu bem-estar	9,3154	4,171	0,653	0,593
24- Ninguém tem necessidade de que eu me preocupe com ele/ela	9,3615	4,403	0,544	0,660
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,733</b>			
<b>Média:</b>	<b>12,4538</b>			
<b>Variância:</b>	<b>7,552</b>			
<b>Desvio-Padrão:</b>	<b>2,74811</b>			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,73$ ), no estudo original o valor é de 0,66. Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes não apresentam correlações abaixo de 0,20, variando entre 0,43 (Item 4) e 0,65 (Item 15). Isto leva-nos a concluir parece haver uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 53 - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Subescala Reafirmação do Valor (4 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
5- Há pessoas que apreciam as mesmas actividades sociais que eu	8,79	3,561	0,443	0,494
6- As outras pessoas não me vêem como competente	9,05	3,416	0,427	0,500
8- Sinto-me parte de um grupo de pessoas que partilham as minhas atitudes e crenças	8,88	4,186	0,250	0,619
14- Não há ninguém que partilhe os meus interesses e preocupações	9,07	2,825	0,438	0,495
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,604</b>			
<b>Média:</b>	<b>11,93</b>			
<b>Variância:</b>	<b>5,491</b>			
<b>Desvio-Padrão:</b>	<b>2,343</b>			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,60$ ), no estudo original o valor é de 0,70. Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes não apresentam correlações abaixo de 0,20, variando entre 0,25 (Item 8) e 0,44 (Item 5). Isto leva-nos a concluir parece haver uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 54 - Resultados da avaliação da consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”, Subescala Vinculação (4 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
2- Sinto que não tenho relações próximas com outras pessoas	9,12	3,768	0,311	0,730
11- Tenho relações próximas que me dão um sentimento de segurança emocional e de bem-estar	9,22	3,023	0,570	0,578
17- Sinto uma forte ligação emocional com pelo menos uma outra pessoa	9,13	3,277	0,553	0,597
21- Sinto falta de um sentimento de intimidade com outra pessoa	9,29	2,767	0,525	0,611
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,698</b>			
Média:	12,25			
Variância:	5,183			
Desvio-Padrão:	2,277			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido apresenta um valor aceitável ( $\alpha = 0,69$ ), no estudo original o valor é de 0,66. Quando analisamos as correlações entre os itens, verificamos que estes não apresentam correlações abaixo de 0,20, variando entre 0,31 (Item 2) e 0,57 (Item 11). Isto leva-nos a concluir parece haver uma boa homogeneidade da subescala.

Tabela 55 - Resumo da Consistência interna da “Escala de Provisões Sociais”

Subescalas	Alpha( $\alpha$ ) de Cronbach
Aconselhamento	0,638
Aliança Fiável	0,729
Integração social	0,701
Oportunidade de Prestação de Cuidados	0,733
Reafirmação do Valor	0,604
Vinculação	0,604
<b>Escala Total</b>	<b>0,931</b>

#### b) Validade

Apesar de já ter sido validada para a população portuguesa, decidiu-se confirmar a análise da validade de construto. Para isso, foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, através da Análise das Componentes Principais, com rotação ortogonal pelo método

Promax, com definição prévia dos factores. Consideramos somente os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 54).

Tabela 56 – Análise das Componentes Principais da “Escala de Provisões Sociais”

Itens	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Aliança Fiável	<b>0,959</b>					
Aconselhamento		<b>0,969</b>				
Vinculação			<b>0,968</b>			
Oportunidade de Ajudar				<b>0,965</b>		
Reafirmação do Valor					<b>0,949</b>	
Integração Social						<b>0,925</b>
<b>Variância Explicada (%)</b>	<b>74,217</b>	<b>8,265</b>	<b>5,719</b>	<b>4,909</b>	<b>4,567</b>	<b>2,324</b>
<b>Eigenvalues</b>	<b>4,453</b>	<b>0,496</b>	<b>0,343</b>	<b>0,295</b>	<b>0,274</b>	<b>0,139</b>
<b>KMO</b>	<b>0,873</b>					

Através da Análise das Componentes Principais confirmamos que a *Escala de Provisões Sociais*, 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).

Quanto ao valor do KMO, podemos dizer que este é bom, o que permite concluir que esta escala tem uma boa homogeneidade.

## 8.9 Questionário de Ansiedade Existencial (*Existential Anxiety Questionnaire*)

### 8.9.1 Versão Original

Este instrumento foi desenhado para avaliar os domínios críticos da ansiedade existencial tal como esta é descrita nos trabalhos de Tillich (1952).

Inicialmente foram estruturadas 21 questões tendo apreender cada um dos seis conceitos intrínsecos à ansiedade existencial (morte, destino, vazio, falta de significado, culpa e condenação), com uma correspondência de 3 itens para cada um dos conceitos, o que resultava num total de 18 itens.

No entanto foram adicionados mais 3 itens, porque o conceito “significado” tem um papel fundamental nas concepções da ansiedade existencial e também devido à sua ambiguidade, resultando assim num total de 21 itens. Tal como a escala elaborada anteriormente (Good & Good, 1974 referidos por Weems, Costa, Ramirez & Stein, 2003), esta escala utiliza como opção de resposta “Sim” ou “Não”, no qual 10 dos itens são sentido

positivo (isto é, “sim” indica alguma ansiedade existencial) e 11 no sentido negativo (isto é, um “sim” indica nenhuma ansiedade existencial).

No sentido de avaliar a consistência deste instrumento examinou-se as correlações totais para os 21 itens, alguns revelaram correlações muito fracas, tendo sido eliminados, restando apenas 13 itens (2 itens para cada conceito, excepto o conceito “destino”, que apresenta 3 itens. Isto resulta num questionário de 13 itens, em que para metade dos itens de cada conceito existe uma expressão positiva e outra negativa, excepto no conceito de destino, em que um é positivo e os outros dois são negativos. Apresenta um alfa de 0.71, para a escala total.

### 8.9.2 Características Psicométricas na Amostra do Estudo Piloto

Os resultados obtidos na amostra (n = 20) revelam uma consistência interna aceitável, pois apresenta um coeficiente alfa de Cronbach de 0,61.

### 8.9.3 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

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.

Tabela 57 - Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário de Ansiedade Existencial*”, (13 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1 - Penso muitas vezes na morte e isso causa-me ansiedade	19,7846	4,930	0,310	0,610
2 - Não me preocupa pensar que a vida não tem sentido	20,0154	4,945	0,189	0,633
3 - Sinto-me frequentemente ansioso(a), porque me preocupa pensar que a vida não tem sentido	19,7769	4,950	0,306	0,611
4 - Não penso ser culpado	20,3154	4,838	0,278	0,615
5 - Sinto-me muitas vezes ansioso(a), por ter sentimentos de culpa	19,8077	4,947	0,278	0,615
6 - Sinto-me muitas vezes ansioso, por me sentir condenado(a)	19,7462	4,889	0,389	0,600
7 - Nunca penso sobre o vazio	20,2923	5,309	0,036	0,659

8 - Penso frequentemente que as coisas que foram importantes na vida são vazias	19,8077	5,040	0,224	0,623
9 - Não me sinto ansioso, por me sentir condenado	20,2923	5,092	0,140	0,640
10 - Não estou ansioso sobre a morte	19,9923	4,581	0,375	0,595
11 - Penso muitas vezes no destino e isso faz-me sentir ansioso(a)	19,9000	4,649	0,380	0,595
12 - Não estou ansioso sobre o destino	19,9077	4,658	0,370	0,597
13 - Sei que a vida tem um significado	19,6538	5,143	0,437	0,608

<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,635</b>
Média:	21,6077
Variância:	5,605
Desvio-Padrão:	2,36740

A globalidade da Escala apresenta um coeficiente Alpha de Cronbach de 0,63, considerando-se um valor não aceitável do ponto de vista estatístico. No estudo original o valor de consistência interna é de 0,71, um valor mais forte do ponto de vista psicométrico. No entanto esta escala não está validada para a população portuguesa. Analisando-se as correlações entre os itens, elas variam entre 0,14 (Item 9) e 0,43 (Item 13). O Item 9 apresenta uma correlação  $< 0,20$ , no entanto este não foi retirado do estudo porque não afecta de forma significativa a homogeneidade da escala.

Tabela 58 - Resultados da avaliação da consistência interna do "Questionário de Ansiedade Existencial", Subescala Culpa e Condenação (4 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
5- Sinto-me muitas vezes ansioso(a), por ter sentimentos de culpa	4,47	0,794	0,048	0,468
6- Sinto-me muitas vezes ansioso(a), por me sentir condenado(a)	4,41	0,739	0,217	0,309
4- Não estou preocupado(a), nem penso ser culpado(a)	4,98	0,596	0,261	0,245
9- Nunca me sinto ansioso(a), por me sentir condenado(a)	4,95	0,556	0,310	0,178

<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,379</b>
Média:	5,73
Variância:	0,989
Desvio-Padrão:	0,994

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens do Índice apresenta um valor não aceitável ( $\alpha = 0,37$ ), não podemos comparar com o estudo original, pois este valor não é apresentado. Se analisarmos a correlação os itens, verificamos apenas

o Item 5, apresenta uma correlação inferior a 0,20, no entanto a sua retirada não melhora a retirada da consistência interna.

Tabela 59 - Resultados da avaliação da consistência interna do "Questionário de Ansiedade Existencial", Subescala Destino e Morte (5 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1- Penso muitas vezes na morte e isso causa-me ansiedade	6,62	1,432	0,222	0,494
11- Penso muitas vezes no destino e isso faz-me sentir ansioso(a)	6,73	1,330	0,232	0,491
2- Não estou ansioso(a) acerca do destino, porque estou conformado(a)	6,74	1,140	0,439	0,355
12- Não estou ansioso(a) sobre o destino, porque tenho a certeza que tudo vai correr bem	6,85	1,371	0,146	0,550
10- Não estou ansioso(a) sobre a morte, porque estou preparado para o que der e vier	6,82	1,123	0,407	0,372
<b>Alpha de Cronbach:</b>	<b>0,515</b>			
<b>Média:</b>	<b>8,44</b>			
<b>Variância:</b>	<b>1,783</b>			
<b>Desvio-Padrão:</b>	<b>1,335</b>			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens do Índice apresenta um valor não aceitável ( $\alpha = 0,51$ ), não podemos comparar com o estudo original, pois este valor não é apresentado. Se analisarmos a correlação os itens, verificamos apenas o Item 10, apresenta uma correlação inferior a 0,20, no entanto a sua retirada não melhora a retirada da consistência interna.

Tabela 60 - Resultados da avaliação da consistência interna do "Questionário de Ansiedade Existencial", Subescala Sensação de Vazio e Falta de Significado (4 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
3- Sinto-me frequentemente ansioso(a), porque me preocupa pensar que a vida não tem sentido	5,44	0,620	0,435	0,476
7- Nunca penso acerca do vazio	5,58	0,601	0,278	0,634
8- Penso frequentemente que as coisas que foram importantes na vida são vazias	5,47	0,530	0,562	0,358

13- Sei que a vida tem um significado	5,32	0,853	0,314	0,585
<b>Alpha de Cronbach:</b>	0,595			
Média:	7,27			
Variância:	1,020			
Desvio-Padrão:	1,010			

O coeficiente Alpha de Cronbach obtido para a globalidade dos itens do Índice apresenta um valor não aceitável ( $\alpha = 0,51$ ), não podemos comparar com o estudo original, pois este valor não é apresentado. Se analisarmos a correlação os itens, verificamos não existem correlações inferiores a 0,20.

Tabela 61 - Resumo da Consistência interna do "Questionário de Ansiedade Existencial"

Subescalas	Alpha( $\alpha$ ) de Cronbach
Culpa e Condenação	0,379
Destino e Morte	0,515
Sensação de Vazio e Falta de Significado	0,595
<b>Escala Total</b>	<b>0,635</b>

#### b) Validade

Na análise da validade de construto foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, através da Análise das Componentes Principais, com rotação ortogonal pelo método Varimax, com definição prévia dos factores. Consideramos somente os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 45).

Tabela 62 – Análise das Componentes Principais do "Questionário de Ansiedade Existencial"

Itens	Factores		
	1	2	3
Culpa e Condenação	<b>0,977</b>		
Sensação de Vazio e Falta de Significado		<b>0,971</b>	
Destino e Morte			<b>0,967</b>
<b>Variância Explicada (%)</b>	56,526	23,549	19,925
<b>Eigenvalues</b>	1,696	0,706	0,598
<b>KMO</b>	0,636		

A Análise das Componentes, neste estudo, apresenta, uma carga factorial acima de 0,95, sugerindo que a análise factorial, do ponto de vista estatístico, evidencia valores

excelentes. O valor de KMO (0,6) mostra que existe uma homogeneidade razoável, ou seja, proporção da variância que as variáveis (itens do instrumento) apresentam em comum, ou a proporção dos fatores comuns.

## 8.10 Índice de Religiosidade de Duke

### 8.10.1 Versão Original

Este instrumento foi desenvolvido por Koenig, Meador & Parkerson, (1998). Possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se com a saúde dos indivíduos: Religiosidade Organizacional, a Religiosidade não Organizacional e a Religiosidade Intrínseca.

Os primeiros dois itens abordam a Religiosidade Organizacional e a Religiosidade não Organizacional, resultando estes de estudos epidemiológicos, realizados nos Estados Unidos, ligados a indicadores de saúde física, mental e apoio social.

Os outros itens referem-se à Religiosidade Intrínseca (Koenig *et al.*, 1997 referidos por Moreira-Almeida et al, 2008). Na análise dos resultados deste instrumento, os resultados nas três dimensões devem ser investigadas separadamente.

### 8.10.2 Características Psicométricas do Estudo Piloto

O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a globalidade do questionário conhecimentos foi de 0,65, sugerindo uma consistência interna aceitável.

### 8.10.3 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

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.

Tabela 63 - Resultados da avaliação da consistência interna do “Índice de Religiosidade de Duke” - (5 Itens)

Itens	Média	Variância	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1 - Com que frequência vai a uma igreja, templo ou encontro religioso	11,08	19,939	0,550	0,834

2 - Com que frequência dedica o seu tempo a actividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos	10,82	15,651	0,639	0,829
3 - Na minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)	12,64	18,977	0,780	0,783
4 - As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver	12,38	18,952	0,700	0,798
5 - Eu esforço-me muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida	12,48	18,701	0,660	0,806
<b>Alpha de Cronbach:</b>	0,842			
<b>Média:</b>	14,85			
<b>Variância:</b>	27,723			
<b>Desvio-Padrão:</b>	5,265			

A globalidade da Escala apresenta um coeficiente Alpha de Cronbach de 0,84, considerando-se um valor aceitável do ponto de vista estatístico. No estudo original, o valor de consistência interna é de 0.85, um valor quase idêntico ponto de vista psicométrico. No entanto, esta escala não está validada para a população portuguesa. Analisando-se as correlações entre os itens, elas variam entre 0,55 (Item 1) e 0,78 (Item 3). Estes valores parecem indicar que esta é uma escala que apresenta homogeneidade.

#### b) Validade

Na análise da validade de construto foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, através da Análise das Componentes Principais, com rotação ortogonal pelo método Varimax, com definição prévia dos factores. Consideramos somente os itens com carga factorial superior ou igual a 0,70 (Tabela 62).

Tabela 64 – Análise das Componentes Principais do “Índice de Religiosidade de Duke”

Subescalas	Factores		
	1	2	3
Religiosidade Organizacional	<b>0,943</b>		
Religiosidade Intrínseca		<b>0,942</b>	
Religiosidade Não Organizacional			<b>0,918</b>
<b>Variância Explicada (%)</b>	68,514	18,145	13,342
<b>Eigenvalues</b>	2,055	0,544	0,400
<b>KMO</b>	0,684		

A Análise das Componentes, com 3 factores, tal como acontece com o estudo original. Apresenta, uma carga factorial, com valores excelentes. No entanto, o valor de KMO apresenta valores razoáveis

## 9. Correlação da Validade dos Instrumentos

Para se proceder á correlação de validade das escalas utilizadas no presente estudo, recorreu-se ao cálculo do coeficiente  $\rho$  de *Spearman*, uma vez que este mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. 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.

Tabela 65 - Correlação da validade entre os instrumentos do Estudo

		Percepções de Envelhecimento	Ansiedade e Depressão	Bem-Estar Psicológico	Estado de Saúde	Sintomas Psicopatológicos	Provisões Sociais	Ansiedade Existencial	Religiosidade
<b>Percepções de Envelhecimento</b>	Correlação	1							
	Nível de Significância								
<b>Ansiedade e Depressão</b>	Correlação	-0,117	1						
	Nível de Significância	0,184							
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	Correlação	-0,492**	0,431**	1					
	Nível de Significância	0,000	0,000						
<b>Estado de Saúde</b>	Correlação	-0,270**	0,546**	0,355**	1				
	Nível de Significância	0,002	0,000	0,000					
<b>Sintomas Psicopatológicos</b>	Correlação	0,526**	-0,377**	-0,680**	-0,568**	1			
	Nível de Significância	0,000	0,000	0,000	0,000				
<b>Provisões Sociais</b>	Correlação	-0,377**	0,261**	0,697**	0,243**	-0,622**	1		
	Nível de Significância	0,000	0,003	0,000	0,006	0,000			
<b>Ansiedade Existencial</b>	Correlação	-0,347**	0,391**	0,371**	0,383**	-0,482**	0,410**	1	
	Nível de Significância	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
<b>Religiosidade</b>	Correlação	0,106	0,291**	0,218*	0,271**	-0,122	0,093	0,113	1
	Nível de Significância	0,231	0,001	0,013	0,002	0,167	0,298	0,201	

\*\* Correlação é significativa - nível de Significância 0.01

O coeficiente  $\rho$  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 um instrumento estão associadas, a categorias mais baixas de outro as variáveis. Como referência analisamos como baixas correlações os coeficientes entre 0,10 e 0,30, moderadas com coeficientes entre 0,30 e 0,50 e elevadas como sendo aquelas que apresentam coeficientes acima de 0,50 (Cohen, 1988).

Na análise da correlação entre os instrumentos está inerente, a validade convergente refere-se à extensão em que a correlação dos instrumentos com instrumentos que medem o mesmo construto é maior do que a correlação com os que medem construtos diferentes (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998). Mas também é preciso ter em conta a validade discriminante, que 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).

O resultado das correlações existentes entre as variáveis utilizadas no presente estudo, está expresso na tabela 63, Como se pode verificar, a generalidade das correlações obtidas têm um nível de significância  $> 0,01$ , logo e estas entre valores positivos e negativos. A correlação mais baixa é de 0,077 e a mais elevada é de 0,697 (em termos absolutos).

As percepções de Envelhecimento encontram-se moderadamente relacionadas com o apoio social ( $r = 0,389$ ) e a ansiedade existencial ( $r = 0,393$ ), no entanto no caso do apoio social a relação é negativa. Apresenta uma correlação baixa com o estado emocional ( $r = -0,233$ ), a percepção do estado de Saúde ( $r = -0,268$ ), mas sobretudo com a com a religiosidade ( $r = 0,097$ ). No entanto com o Bem-Estar Psicológico embora seja uma correlação inversa, esta é considerada alta ( $r = -0,523$ ) e com os Sintomas Psicopatológicos ( $r = 0,594$ ). Quanto ao Estado emocional vamos encontrar correlações altas com o Bem-Estar Psicológico ( $r = 0,525$ ) e o Estado de Saúde ( $r = 0,583$ ) e com os Sintomas Psicopatológicos ( $r = -0,421$ ), neste caso com uma relação inversa. Com o apoio Social ( $r = 0,313$ ) e a Ansiedade Existencial ( $r = 0,393$ ), existe uma correlação moderada. Mantém correlações baixas com as Percepções de Envelhecimento ( $r = -0,233$ ) e com a Religiosidade ( $r = 0,289$ ).

O Apoio Social encontra-se altamente correlacionado com: o Bem-Estar Psicológico ( $r = 0,601$ ) e os Sintomas Psicopatológicos ( $r = -0,539$ ), sendo esta uma associação negativa. As associações moderadas estabelecem-se com as Percepções de Envelhecimento ( $r = -0,389$ ) e com o Estado emocional ( $r = 0,313$ ), no entanto de forma totalmente oposta. De forma mais baixa existem as correlações com a Percepção do Estado de Saúde ( $r = 0,111$ ), Ansiedade Existencial ( $r = 0,103$ ) e Religiosidade ( $r = 0,077$ ).

A Ansiedade Existencial mantém uma correlação moderada com: Percepção do Estado de Saúde ( $r = 0,381$ ), Sintomas Psicopatológicos ( $r = -0,369$ ), Percepções de Envelhecimento ( $r = -0,393$ ) e Estado emocional ( $r = 0,351$ ). Correlações baixas com a Religiosidade ( $r = 0,148$ ), Apoio Social ( $r = 0,103$ ) e Bem-Estar Psicológico ( $r = 0,195$ ). É importante verificar que esta variável não apresenta correlações altas com nenhuma das

restantes variáveis. Este facto é comum na variável Religiosidade, que para além de não apresentar correlações elevadas com as restantes, existe uma quase totalidade de correlações baixas: Sintomas Psicopatológicos ( $r = -0,097$ ), Percepções de Envelhecimento ( $r = 0,097$ ), Estado emocional ( $r = 0,289$ ), Apoio Social ( $r = 0,077$ ), Bem-Estar Psicológico ( $r = 0,224$ ) e Ansiedade Existencial ( $r = 0,148$ ). Só mantém uma correlação moderada com a Percepção do Estado de Saúde ( $r = 0,316$ )

Entre as Percepção do Estado de Saúde vamos encontrar uma correlação alta com os Sintomas Psicopatológicos e o Estado Emocional ( $r = 0,583$ ). Correlações moderadas com Ansiedade Existencial ( $r = 0,381$ ) e Religiosidade. E uma associação baixa com Percepções de Envelhecimento ( $r = -0,277$ ), Apoio Social ( $r = 0,111$ ) e Bem-Estar Psicológico. Enquanto os Sintomas Psicopatológicos. Finalmente o Bem-Estar Psicológico apresenta uma baixa correlação com a Religiosidade e Ansiedade Existencial ( $r = 0,195$ ), e a Percepção do Estado de Saúde. E correlações altas com Percepções de Envelhecimento ( $r = -0,523$ ), Estado Emocional, Sintomas Psicopatológicos e Apoio Social ( $r = 0,601$ ). Esta variável não apresenta correlações moderadas.

Concluindo podemos dizer que a variável que apresenta correlações mais elevadas com as outras é os Sintomas Psicopatológicos, em contraponto a Religiosidade é aquela que mantém correlações mais baixas.

## **B – Resultados por Hipóteses**

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 etário, género, estado civil e habilitações literárias). A interpretação dos resultados encontrados, será reservada, para o capítulo da discussão.

### **10. Resultados dos Testes de Hipóteses**

A revisão bibliográfica, demonstra que algumas das variáveis aqui em análise, tem sido alvo de alguns estudos, nomeadamente nesta população. No entanto, as relações entre algumas das variáveis, ainda não são totalmente conclusivas. E também, existem relações que nunca foram alvo de estudo.

Procurou-se investigar, como é que um conjunto de variáveis relacionais subjectivas como: o apoio social percebido, o estado emocional, a ansiedade existencial e a Religiosidade, influenciam o bem-estar psicológico nos idosos. Mas acima de tudo, tentamos estabelecer relações entre, a avaliação e a visualização do próprio envelhecimento e a influência no bem-estar psicológico.

Anteriormente, vários autores, incidiram sobre as relações entre algumas destas variáveis, isso permitiu elaborar algumas das relações que se expressam nas hipóteses. As percepções de envelhecimento, o estado de saúde e os sintomas psicopatológicos foram consideradas variáveis predictoras, e o bem-estar psicológico (variável de resultado). Contudo, as variáveis: apoio social, estado emocional, ansiedade existencial e religiosidade, surgem no modelo testado, com o papel de variáveis moderadoras ou mediadoras, tal como tem sido apontado na literatura.

O conceito de mediação, implica um pressuposto de relacionamentos causais entre as variáveis envolvidas. Uma variável mediadora, é aquela que, ao estar presente na equação de regressão, diminui a magnitude do relacionamento entre, a variável antecedente e uma variável dependente ou de critério. A presença da variável a mediadora, no relacionamento de outras duas variáveis, faz com a relação entre estas, seja enfraquecida na presença da variável mediadora. No caso de uma mediação pura, o relacionamento entre as variáveis, deixa de existir, na presença da mediadora. A identificação de uma variável mediadora pode ser feita, com base na observação dos padrões assumidos pelos pesos das variáveis envolvidas (Tabachnick & Fidell, 1996; Keppel, 1991).

A moderação, implica influência entre as variáveis e não suposição de causalidade, como no caso da mediação. Para testar a moderação, observa-se a interacção das duas variáveis. Para tal, procurou-se observar, se uma das duas variáveis é uma boa preditora de

uma outra. Em caso positivo, verificar-se-á que as duas variáveis predizem esta outra, e se a interação entre estas, se calcula por meio do produto entre ambas, então também prediz a terceira.

Caso a interação seja uma variável preditora, estatisticamente significativa, desta última, diz-se que a segunda variável é uma variável moderadora. A existência de uma interação entre a primeira e a segunda, só é um indicador de moderação quando, adicionada à equação, é preditora da variável critério. Logo, na moderação, o relacionamento entre a primeira e terceira depende do valor assumido pela variável segunda (Abbad & Torres, 2002).

A formulação das hipóteses tentou incidir no enquadramento teórico e tentou colmatar as lacunas que foram expressas através de investigações anteriores.

### 10.1 Hipótese 1

*As Percepções de Envelhecimento conjuntamente com a avaliação que as pessoas fazem do seu Estado de Saúde e dos Sintomas Psico-Patológicos predizem, 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, sendo esta complementada com a regressão *stepwise* utilizando subescalas, algo que apenas foi realizado nesta hipótese.

Tabela 66 - Resultados significativos da regressão *stepwise* usando índices para a Hipótese 1

Variáveis	$\beta$
Sintomas Psicopatológicos	- 0,580
Percepções de Envelhecimento	- 0,191
Bem-Estar Psicológico	7, 466 + $\epsilon$

Variável Excluída: Percepção do Estado de Saúde

---

R = 0,700; R<sup>2</sup> = 0,490; Sig. = 0,000 (p <0,05)

Os dados anteriores, permitem concluir que os Sintomas Psicopatológicos têm algum efeito, sobre a variabilidade do Bem-Estar Psicológico. A dimensão deste efeito, é determinada pelo coeficiente de determinação R<sup>2</sup>, e que neste caso é de 0,49. Os valores 0,580 e 0,191 correspondem aos valores  $\beta$  das variáveis (SP e PE) que entraram no modelo testado (Sintomas Psicopatológicos e Percepções de Envelhecimento). Este valor é

indicativo da percentagem da variação total do Bem-Estar Psicológico, que é explicada por SP + EP. Quer isto dizer que 49% da variabilidade de Bem-Estar Psicológico, é explicada pelos Sintomas Psicopatológicos e pelas Percepções de Envelhecimento. A variável Estado de Saúde Percebido nada explica, porque foi excluída do modelo.

Assim, o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa varia em função dos indicadores dos Sintomas Psicopatológicos e da sua auto-avaliação relativamente ao seu envelhecimento. Quando uma pessoa avalia que existe um aumento dos Sintomas Psicopatológicos, aumenta também a sua percepção quanto ao seu envelhecimento, e por consequência, o seu Bem-Estar Psicológico diminui. Podemos assim afirmar que a Hipótese 1, acima formulada, foi parcialmente confirmada uma vez que a avaliação que as pessoas fazem da Percepção do Estado de Saúde não tem uma influência significativa na percepção do seu Bem-Estar Psicológico.

Tabela 67 – Resultados significativos da regressão *stepwise* usando subescalas para a Hipótese 1

Variáveis - Subescalas	$\beta$
Depressão (BSI)	- 0,712
Somatização (BSI)	- 0,220
Duração Cíclica (QPE)	0,278
Mudança Saúde (QPE)	0,213
Duração Crónica (QPE)	0,166
Desempenho emocional (ES)	0,146
Saúde Geral (ES)	- 0,141
Ansiedade (BSI)	0, 158
Bem-Estar Psicológico	6,685 + €

Variável Excluída: Percepção do Estado de Saúde

---

R = 0,856; R<sup>2</sup> = 0,723; Sig. = 0,000 (p <0,05)

Quando são usadas as subescalas, os resultados indicam que a variabilidade do Bem-Estar Psicológico é mais facilmente compreendida, pois desde logo podemos verificar uma existente diferença no valor de R, sendo este maior é maior, R = 0,856. Verificou-se também que a entrada das 8 subescalas que entram no modelo resultante são responsáveis por 73,3% da variação de do Bem-Estar Psicológico.

Analisando as subdimensões dos Sintomas Psicopatológicos e das Percepções de Envelhecimento, podemos verificar a subescala Depressão (SP), influência de forma negativa no Bem-Estar Psicológico, ou seja, quando esta aumenta, o Bem-Estar Psicológico diminuirá, algo que é confirmado pela literatura consultada. Podemos verificar também que existe uma diferença acentuada entre a dimensão anterior e a ansiedade, sendo esta última

pouco preponderante na influência do Bem-Estar Psicológico, comparando com a Depressão. Os valores das subescalas dos Sintomas Psicopatológicos tem um maior poder explicativo que os apresentados pelas Percepções de Envelhecimento, no entanto como podemos verificar a influência dos primeiros é negativa, ou seja, a sua presença, faz diminuir o Bem-Estar Psicológico. Enquanto isso, as Percepções de Envelhecimento, influenciam de forma positiva, quase na sua totalidade, o Bem-Estar Psicológico. A dimensão Duração Crónica, apresenta uma influência negativa, esta diz respeito ao facto do indivíduo sempre se considerar velho, o que poderá ser sustentado pelos Sintomas Psicopatológicos.

Importante referir que algumas dimensões do Estado de Saúde Percebido (Desempenho Emocional + Saúde Geral) também influenciam o Bem-Estar Psicológico, embora com menor poder explicativo do que, os Sintomas Psicopatológicos e as Percepções de Envelhecimento. Esta análise, só é possível quando utilizamos a regressão com as subescalas, porque com os índices esta era excluída.

Com as dimensões dos instrumentos, a hipótese apresenta um maior grau explicativo, uma vez que existem dimensões do Estado de Saúde que também contribuem para a explicação da variação de Bem-Estar Psicológico. Por outro lado, usando estas dimensões, é possível perceber melhor que tipo de condições ou estados influenciam negativa ou positivamente o Bem-Estar Psicológico nos idosos.

### 10.1.1 Hipótese 1 - Utilizando as características Sócio-Demográficas

#### 10.1.1.1 – Grupo Etário como Discriminante

Tabela 68 - Utilizando o Grupo Etário como discriminante da amostra

Grupos Etários					
65 – 75 anos		76 – 84 anos		85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
SP	- 0,610	SP	- 0,870	PE	- 0,534
PE	- 0,211	PES	- 0,309	PES	0,514
BEP	7,457 + €	BEP	8,022 + €	BEP	4,976 + €
<u>Variável Excluída:</u> Percepção de Saúde		<u>Variável Excluída:</u> Percepções de Envelhecimento		<u>Variável Excluída:</u> Sintomas Psicopatológicos	
$R^2 = 55,1\%$		$R^2 = 51,2\%$		$R^2 = 64,8\%$	

Os dados permitem-nos verificar que a idade tem um efeito discriminante. Em cada grupo etário, as variáveis que significativamente explicam a variabilidade do Bem-Estar Psicológico variam em função do grupo considerado.

A influência da percepção dos Sintomas Psicopatológicos no Bem-Estar Psicológico (BEP) parece ir diminuindo com a idade; no último grupo de idades é excluída do modelo resultante. Contrariamente, a influência da percepção do Estado de Saúde (PES) no Bem-

Estar Psicológico (BEP) parece ir aumentando com a idade; no grupo de idades mais baixas esta variável é excluída, sendo o seu efeito maior no grupo de idades mais elevadas.

As Percepções de Envelhecimento (PE) apresentam um grau de influência maior no Bem-Estar Psicológico (BEP) dos grupos de idades mais baixas, face aos idosos com idades mais elevadas. No grupo etário intermédio esta variável é excluída. Podemos concluir que é nos modelos em que PE está presente que a explicação da variabilidade de BEP é mais elevada.

### 10.1.1.2 – Género como Discriminante

Tabela 69 - Utilizando o Género como discriminante da amostra

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>Variáveis</b>	<b><math>\beta</math></b>
SP	- 0,739	SP	- 0,448
		PE	-0,300
BEP	6,807 + €	BEP	7,700 + €
<u>Variável Excluída:</u> Percepção de Saúde e Percepções de Envelhecimento		<u>Variável Excluída:</u> Percepção de Saúde	
$R^2 = 54,5\%$		$R^2 = 41,8\%$	

A variável género actua também como discriminante na explicação do Bem-Estar Psicológico (BEP), pela relação linear da percepção do processo de envelhecimento (PE) com a percepção de Sintomas Psicopatológicos (SP) e com a Percepção do Estado Geral de Saúde (PES).

De facto, enquanto nas pessoas de género feminino apenas os SP apresenta uma explicação significativa de BEP ( $R^2 = 54,5\%$ ), no género masculino, para além da variável SP, a percepção do processo de envelhecimento (PE), é responsável por uma explicação global de  $R^2 = 41,8\%$ .

A variável SP, nas mulheres isoladamente, explica mais de metade da variabilidade de BEP, nos homens explica cerca de 20,0% ( $0,448 \times 0,448$ ) e, para além disso, conjuntamente com PE explica apenas 41,8% da variabilidade de BEP.

Tal como acontecia de forma global, a Percepção do Estado de Saúde parece não ter qualquer influência no BEP tanto nas pessoas do género feminino, como nas pessoas do género masculino. De facto, PES ficou excluída em qualquer dos modelos resultantes.

### 10.1.1.3 – Estado Civil como Discriminante

Tabela 70 - Utilizando o Estado Civil como discriminante da amostra

Estado Civil							
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado		Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 0,809	SP	- 0,612	SP	- 0,997	SP	- 0,190
						PE	- 0,633
BEP	7,076 + €	BEP	6,561 + €	BEP	6,794 + €	PES	0,420
						BEP	5,692 + €
<u>Variáveis Excluídas:</u> Percepção do Estado de Saúde e Sintomas Psicopatológicos		<u>Variáveis Excluídas:</u> Percepções de Envelhecimento e Percepção do Estado de Saúde		<u>Variáveis Excluídas:</u> Percepções de Envelhecimento e Percepção do Estado de Saúde			
$R^2 = 65,5\%$		$R^2 = 37,4\%$		$R^2 = 99,4\%$		$R^2 = 73,4\%$	

O Estado Civil é discriminativo na forma como as pessoas avaliam o seu Bem-Estar Psicológico. Os indivíduos solteiros preocupam-se apenas com o seu processo de envelhecimento; as pessoas casadas e as divorciadas dão maior importância à percepção de sintomas; e os viúvos tomam em consideração os três tipos de indicadores (SP, PE e PES). Nas pessoas solteiras a percepção de envelhecimento, só por si, explica mais de metade ( $R^2 = 65,5\%$ ) da variabilidade de BEP.

Sendo nas pessoas casadas, o índice que mede SP o único a entrar no modelo resultante, explicando apenas 37,4% do BEP. Não é possível, no âmbito deste estudo, avaliar os motivos porque sendo baixa (menos de metade) a explicação de BEP por parte de SP, não entrar no modelo um ou os dois outros índices. Nas pessoas divorciadas, tal como acontece nas pessoas casadas, o estado de BEP é apenas explicado pelos Sintomas Psicopatológicos. No entanto, neste caso, o nível de explicação é elevado já que chega próximo dos 100%. Nas pessoas viúvas, a situação é totalmente diversa, uma vez que entraram no modelo resultante todos os índices considerados.

### 10.1.1.4 – Habilitações Literárias como Discriminante

Tabela 71 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra

Habilitações Literárias											
1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior		Outras	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
SP	- 0,522	SP	- 0,839	SP	- 2,874	PE5	- 0,981	PE	- 6,485	PES	0,508
PE	- 0,260	BEP	6,638 + €	PES	- 1,944	SP	- 0,029	SP	+ 5,526	PE	- 0,451
BEP	7,902 + €			BEP	8,162 + €	BEP	6,216 + €	BEP	7,412 + €	BEP	5,413 + €
<u>Variável Excluída:</u>		<u>Variável Excluída:</u> Percepções de		<u>Variável Excluída:</u>		<u>Variável Excluída:</u>		<u>Variável Excluída:</u>		<u>Variável Excluída:</u>	

Percepção do Estado de Saúde	Envelhecimento e Percepção do Estado de Saúde	Percepções de Envelhecimento	Percepções de Envelhecimento	Percepção do Estado de Saúde	Sintomas Psicopatológicos
R <sup>2</sup> = 47,7%	R <sup>2</sup> = 70,5%	R <sup>2</sup> = 99,4%	R <sup>2</sup> = 100%	R <sup>2</sup> = 100%	R <sup>2</sup> = 47,8%

Sendo diversos os modelos resultantes explicativos de BEP, parece poder dizer-se que o nível de habilitações comporta-se como variável discriminante relativamente aos indicadores considerados para cada caso. Apenas as pessoas com o 1º Ciclo de Ensino Básico seguem, aparentemente, o modelo global. Isto é, as pessoas avaliam o seu Bem-Estar Psicológico com base na combinação linear da avaliação que fazem dos sintomas Psicopatológicos que sentem conjuntamente com a percepção do seu processo de envelhecimento. Face aos factos acima referidos produto da leitura dos resultados das análises de regressão cujos modelos resultantes estão acima descritos, parece poder concluir-se que o nível de habilitações Literárias é uma característica relativamente discriminante quanto à natureza e ao poder explicativo de BEP dos índices considerados na análise (PE, PES e SP). Isto é, as pessoas com nível de ensino diferente valorizam de forma diferente o seu processo de envelhecimento, o seu Estado de Saúde Geral e os Sintomas Psicopatológicos que apresentam, face á avaliação do seu Bem-Estar Psicológico.

## 10.2 Hipótese 2

*A Ansiedade Existencial tem um efeito mediador ou moderador sobre o contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico.*

Tabela 72 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, sem intervenção da Ansiedade Existencial e usando os índices

Variáveis	$\beta$
Percepções de Envelhecimento	- 0,492
Bem-Estar Psicológico	7, 539 + $\epsilon$
R = 0,492; R <sup>2</sup> = 0,242; Sig. = 0,000 (p <0,05)	

Tabela 73 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com intervenção da Ansiedade Existencial e usando os índices

Variáveis	$\beta$
Percepções de Envelhecimento	- 0,413
Ansiedade Existencial	0,228
Bem-Estar Psicológico	5,211 + $\epsilon$
R = 0,536; R <sup>2</sup> = 0,288; Sig. = 0,000 (p <0,05)	

A intervenção da Ansiedade Existencial parece ter um papel de variável mediadora, uma vez que o valor de  $\beta$  de PE é ligeiramente menor após a inclusão no modelo desta variável. Contudo, o papel de mediação não parece ser forte uma vez que o valor de  $\beta$  de PE não diminui significativamente (passando de -0,492 para -0,413).

No caso de uma mediação pura, a variável PE deixaria de ter um contributo significativo para a explicação da variação da BEP e, portanto, seria excluída. No entanto o que se verificou foi que com a inclusão de AE, o contributo de PE baixou mas, manteve-se significativo, com um contributo superior ao de AE. Podemos verificar que com a inclusão de AE, a regressão tornou-se mais forte, não só porque aumentou o coeficiente múltiplo de correlação R mas, também porque aumentou o seu poder explicativo em relação à variação de BEP (de 24,2% para 28,8 %).

Tabela 74 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com intervenção da Ansiedade Existencial e usando os índices

Variáveis	$\beta$
Percepções de Envelhecimento	- 0,721
Interacção entre as Percepções de Envelhecimento e a Ansiedade Existencial (PE x AE)	0,322
Bem-Estar Psicológico	7,539 + $\epsilon$

R = 0,542; R<sup>2</sup> = 0,293; Sig. = 0,000 (p < 0,05)

Embora anteriormente se tenha concluído que a intervenção de AE parece ter papel de variável mediadora, quando fazemos intervir a variável AE, mais a sua interacção com PE (PE x AE) no modelo de regressão, verificamos que o contributo explicativo da variável PE aumenta consideravelmente (de - 0,413 para - 0,721). A variável AE isoladamente não apresenta valor explicativo da variação de BEP, tendo sido excluída. O valor explicativo que esta apresenta sem a intervenção da interacção (PE x AE) é significativo, e faz baixar o valor explicativo de PE, isto é, tem algum efeito mediador relativamente a PE.

Aparentemente o valor explicativo de AE é absorvido pela sua interacção com PE dado que, para além de ser substituída, no modelo resultante, pela interacção, o valor do contributo explicativo da interacção é superior ao valor explicativo de AE, quando entra isoladamente (AE = 0,228; PE x AE = 0,322);

Assim, parece poder concluir-se que a Ansiedade Existencial tem um efeito moderador relevante, sobre o contributo explicativo de PE na variação de BEP. Por outras palavras, a Ansiedade Existencial contribui de forma decisiva e significativa para que uma pessoa percepcione o seu processo de envelhecimento como factor relevante na diminuição do seu Bem-Estar Psicológico. Quer isto dizer que, quanto maior for o estado de Ansiedade Existencial, mais essa pessoa percepciona que o seu Bem-Estar Psicológico está a ser

negativamente afectado pelo seu processo de envelhecimento. Pode assim dizer-se que aparentemente se confirma a hipótese formulada.

## 10.2.1 Hipótese 2 - Utilizando características Sócio-Demográficas

### 10.2.1.1 – Grupo Etário como Discriminante

Tabela 75 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, sem intervenção da Ansiedade Existencial

Grupos Etários				
65 – 75 anos		76 – 84 anos	85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
PE	- 0,521	Não existe relação significativa entre PE e BPE	PE	- 0,627
BEP	7,463 + €		BEP	8,900 + €
$R^2 = 27,2\%$			$R^2 = 39,3\%$	

Tabela 76 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial

Grupos Etários				
65 – 75 anos		76 – 84 anos	85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
PE	- 0,456	Não existe relação significativa entre AE, PE e BPE	AE	0,450
AE	0,236		PE	- 0,449
BEP	5,223 + €		BEP	3,823 + €
$R^2 = 32,3\%$			$R^2 = 56,4\%$	

Tabela 77 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Ansiedade Existencial

Grupos Etários				
65 – 75 anos		76 – 84 anos	85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
PE	- 0,793	Não existe relação significativa entre AE + PE + (PE x AE) e BPE	AE	- 1,489
(PE x AE)	0,359		PE	- 2,770
BEP	- 7,457 + €		(PE x AE)	2,337
<u>Variável Excluída:</u> Ansiedade Existencial			BEP	4,976 + €
$R^2 = 32,7\%$			$R^2 = 63,1\%$	

A idade parece ter algum efeito discriminante relativamente à intervenção da Ansiedade Existencial. No primeiro grupo etário, a intervenção de AE parece ter papel de variável mediadora uma vez que o peso da variável PE, na explicação da variação da BEP é reduzido, quando entra na equação a variável AE. Mais concretamente, no grupo de idades mais baixas a contribuição de PE para a variabilidade de BEP, perante a inclusão isolada da AE na regressão, é reduzido pelo efeito de AE.

Para além disso, o  $R^2$  tem valor mais elevado na regressão em que AE intervêm (56,4%) do que o que apresentava no primeiro grupo de idades sem a intervenção de AE (39,3%). Isto é, a intervenção isolada da AE no contributo explicativo de PE no primeiro grupo de idades, sugere que estas seguem o padrão global.

No entanto, com a intervenção da interacção (AE x PE), verifica-se que não só a interacção é significativa, bem com PE permite uma maior contribuição para a explicação de BEP (de  $\beta = -0,456$  para  $-0,793$ ).

Face ao facto de os resultados sugerirem para AE o papel, por um lado, de mediação e, por outro, de moderação, no caso das pessoas do grupo de idades compreendidas entre 65 – 75 anos, parece poder-se dizer que a Ansiedade Existencial funciona como moderador-mediador (Vieira, 2009).

No segundo grupo etário, o efeito da intervenção de AE parece ter efeito inconclusivo sobre a relação de PE com BEP. Isto, provavelmente, deve-se ao facto de PE não apresentar qualquer relação significativa com BEP, quer quando considerada isoladamente quer quando considerada conjuntamente com AE e na interacção entre as duas variáveis. Por outro lado, tanto AE, de forma isolada, como quando integrada na interacção, também não apresenta qualquer relação significativa com BEP.

No grupo de idades compreendidas entre 85 e 99 anos, a variável PE apresenta-se isoladamente, com uma relação significativa com BEP. Contudo, quando a variável AE é considerada, PE surge enfraquecida na sua relação com BEP, embora ainda com peso relevante e significativo ( $\beta = -0,449$ ). De notar, que quando a interacção é considerada, o poder explicativo global de BEP pela regressão aumenta (de  $R^2=56,4\%$  para  $63,1\%$ ).

Face a estes resultados, parece poder concluir-se que neste grupo de idades, AE também apresenta efeito moderador sobre a relação de PE com BEP, uma vez que PE tem inicialmente relação com BEP e na sua interacção com AE faz aumentar o poder explicativo de PE relativamente a BEP

### 10.2.1.2 – Género como Discriminante

Tabela 78 - Utilizando o Género como discriminante da amostra, sem intervenção da Ansiedade Existencial

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
PE	- 0,483	PE	-0,499
BEP	7,486 + ε	BEP	7,580 + ε
$R^2 = 23,4\%$		$R^2 = 24,9\%$	

Tabela 79 - Utilizando o Género como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
PE	- 0,381	PE	- 0,499
AE	0,268		
BEP	4,135 + ε	BEP	7,580 + ε
<u>Variável Excluída:</u> Ansiedade Existencial			
$R^2 = 29,5\%$		$R^2 = 24,9\%$	

Tabela 80 - Utilizando o Género como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Ansiedade Existencial

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
PE	- 0,826	PE	- 0,499
(QPE x QAE)	0,427		
BEP	6,821 + ε	BEP	7,580 + ε
<u>Variável Excluída:</u> Ansiedade Existencial		<u>Variável Excluída:</u> Ansiedade Existencial e interacção entre PE e AE	
$R^2 = 29,9\%$		$R^2 = 24,9\%$	

O género discrimina o efeito de AE sobre a relação de PE com BEP, uma vez que no género masculino não é visível qualquer efeito mediador ou moderador de AE sobre essa relação. No género feminino, AE tem efeito misto mediador-moderador (Vieira, 2009) sobre a referida relação.

Assim, no género feminino, a Ansiedade Existencial parece ter essencialmente um efeito misto de moderadora-mediadora sobre o contributo explicativo da percepção do processo de envelhecimento na variação de BEP. Parece significar que a Ansiedade

Existencial, contribui de forma decisiva e significativa na forma como as mulheres percebem o seu processo de envelhecimento como um factor relevante para o seu Bem-Estar Psicológico. O facto de a Ansiedade Existencial, não ter qualquer interferência significativa na relação da Percepção de Envelhecimento com BEP, no grupo de pessoas do género masculino, parece mostrar que a percepção que os homens têm do seu estado de Bem-Estar Psicológico apenas depende da forma como eles percebem o seu processo de envelhecimento.

### 10.2.1.3 – Estado Civil como Discriminante

Tabela 81- Utilizando o Estado Civil como discriminante da amostra, sem intervenção da Ansiedade Existencial

Estado Civil						
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado	Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
PE	- 0,809	PE	- 0,423	Não relação significativa entre PE e BEP	PE	- 0,680
BEP	7,076 + €	BEP	7,161 + €		BEP	7,766 + €
$R^2 = 65,5\%$		$R^2 = 17,9\%$			$R^2 = 46,2\%$	

Tabela 82 - Utilizando o Estado Civil como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial

Estado Civil						
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado	Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
PE	- 0,809	PE	- 0,423	PE e AE não explicam qualquer variabilidade de BEP	PE	- 0,539
BEP	7,076 + €	BEP	7,161 + €		AE	0,453
					BEP	3,026 + €
<u>Variável Excluída:</u> Ansiedade Existencial		<u>Variável Excluída:</u> Ansiedade Existencial				
$R^2 = 65,5\%$		$R^2 = 17,9\%$			$R^2 = 66,8\%$	

Tabela 83 - Utilizando o Estado Civil como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Ansiedade Existencial

Estado Civil						
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado	Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
PE	- 0,809	PE	- 0,423		PE	- 1,301
					(EP x AE)	0,453

BEP	7,076 + €	BEP	7,161 + €	PE e AE, nem mesmo a sua interação (PE x AE), explicam qualquer variabilidade de BEP	BEP	6,991 + €
<u>Variáveis Excluídas:</u>		<u>Variáveis Excluídas:</u>			<u>Variável Excluída:</u> Ansiedade Existencial	
Ansiedade Existencial e a interação entre PE e AE		Ansiedade Existencial e a interação entre PE e AE				
$R^2 = 65,5\%$		$R^2 = 17,9\%$			$R^2 = 66,8\%$	

O estado civil discrimina o efeito das Percepções de Envelhecimento sobre BEP uma vez que os resultados obtidos diferem de situação para situação como é bem visível no quadro de resultados para cada um dos estados civis.

Quer no grupo de pessoas solteiras quer no grupo das pessoas casadas, a percepção do processo de envelhecimento tem efeito significativo sobre a percepção do estado de Bem-Estar Psicológico. De referir, que esta relação significativa apenas não é visível no grupo de pessoas no estado de divorciadas. Por outro lado, é relevante fazer notar que o contributo explicativo de PE na variabilidade de BEP é bastante mais elevado nas pessoas solteiras (65,5%) face ao verificado nas pessoas casadas (17,9%).

Tanto nas pessoas solteiras como nas casadas não é aparente qualquer efeito (mediador e/ou moderador) significativo de AE sobre a PE e BEP.

Isto parece significar que as pessoas solteiras e casadas, não dão relevância ao aspecto à Ansiedade Existencial e não consideram que esta tem qualquer papel na forma como percebem o seu estado de Bem-Estar Psicológico em função do seu processo de envelhecimento.

Nas pessoas divorciadas, o resultado é inconclusivo quanto ao efeito de AE, sobre a relação da percepção do processo de envelhecimento com o seu estado de Bem-Estar Psicológico. A justificação para este resultado não é possível obter a partir das análises até aqui efectuadas. Seria necessário proceder a outras análises, que estariam fora do âmbito deste trabalho, para se perceber o alcance destes resultados.

No grupo de pessoas viúvas, ao contrário do que sucede com as pessoas solteiras e casadas, AE, parece não só ter algum efeito mediador (uma vez que quando entra isoladamente faz baixar o peso de PE) como essencialmente moderador sobre o papel de PE na percepção do seu estado de Bem-Estar Psicológico (fundamentalmente porque quando AE é considerada conjuntamente com a sua interação com PE, o valor do contributo de PE para a explicação da variabilidade de BEP que aumenta consideravelmente).

Por outro lado, quer quando AE fica no modelo resultante quer quando fica como parte da interação com PE, a explicação de BEP aumenta significativa e consideravelmente (aumento de  $R^2 = 20,9\%$ ). Assim sendo, pode dizer-se que PE tem efeito moderador-mediador sobre a relação de PE com BEP (Vieira, 2009).

### 10.2.1.3 – Habilitações Literárias como Discriminante

Tabela 84 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, sem intervenção da Ansiedade Existencial

Habilitações Literárias									
1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$			Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	-0,517	Não relação significativa entre PE e BEP		PE	-0,738	PE	-0,990	PE	-0,966
BEP	7,610 + €			BEP	9,988 + €	BEP	-1,656 + €	BEP	17,1622 + €
$R^2 = 26,7\%$			BEP	$R^2 = 54,4\%$		$R^2 = 98,0\%$		$R^2 = 93,2\%$	

Tabela 85 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial

Habilitações Literárias									
1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	-0,426	AE	0,667	PE	-0,738	PE	-0,682	PE	0,308
AE	0,257	BEP	-0,091 + €	BEP	-9,988 + €	AE	-0,339	AE	1,300
BEP	4,780 + €					BEP	-77,847 + €	BEP	7,412 + €
		<u>Variável Excluída:</u> Percepções de Envelhecimento		<u>Variável Excluída:</u> Ansiedade Existencial					
$R^2 = 32,5\%$		$R^2 = 44,5\%$		$R^2 = 54,4\%$		$R^2 = 100\%$		$R^2 = 100\%$	

Tabela 86 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Ansiedade Existencial e da interação entre as percepções de Envelhecimento e a Ansiedade Existencial

Habilitações Literárias									
1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	-0,426	AE	0,667	PE	-0,738	PE	0,841	PE	0,308
AE	0,257	BEP	-0,091 + €	BEP	-9,988 + €	(PE x AE)	-0,206	AE	1,300
BEP	4,780 + €					BEP	0,486 + €	BEP	-77,847 + €
<u>Variável Excluída:</u> Interação entre PE e AE		<u>Variável Excluída:</u> Percepções de Envelhecimento e Interação entre PE e AE		<u>Variável Excluída:</u> Ansiedade Existencial e Interação entre PE e AE		<u>Variável Excluída:</u> Ansiedade Existencial		<u>Variável Excluída:</u> Interação entre PE e AE	
$R^2 = 32,5\%$		$R^2 = 44,5\%$		$R^2 = 54,4\%$		$R^2 = 100\%$		$R^2 = 100\%$	

O nível de habilitações literárias parece discriminar o efeito da percepção de PE sobre BEP uma vez que os resultados obtidos diferem de nível para nível como é bem visível no quadro de resultados para cada um dos níveis de habilitações. De referir, que PE,

quando considerada isoladamente, não apresenta relação significativa no caso das pessoas habilitadas com o 2º Ciclo. Nas pessoas dos restantes grupos de nível habilitacional, a percepção do processo de envelhecimento PE, aparentemente só por si, tem forte influência na percepção do estado de Bem-Estar Psicológico.

No caso das pessoas habilitadas com o 1º Ciclo do Ensino Básico, a Ansiedade Existencial aparentemente exerce o papel de variável mediadora entre a relação entre PE e BEP, pois quando entra faz reduzir o contributo explicativo de PE na variabilidade do estado de Bem-Estar Psicológico. Por outro lado, com a interacção (PE x AE) não se observa qualquer alteração no resultante obtido, quando se fez entrar apenas a variável AE. A explicação global do modelo não se altera pelo facto de se tomar em consideração a referida interacção. Nas pessoas habilitadas com o 2º Ciclo do Ensino Básico, a Ansiedade Existencial aparentemente não exerce qualquer papel de variável mediadora entre a relação de PE com BEP, pois PE não apresenta qualquer relação significativa com BEP. Assim sendo, não é possível verificar se AE exerceria algum papel mediador ou moderador sobre essa relação. Contudo, pode verificar-se que a Ansiedade Existencial tem uma influência significativa e relevante sobre a variabilidade de BEP (44,5%). Isto significa, que as pessoas estimam o seu Bem-Estar Psicológico consoante a Ansiedade Existencial sentida e, aparentam não se preocupar com o seu processo de envelhecimento.

Nos indivíduos com o 3º Ciclo do Ensino Básico, a Ansiedade Existencial aparentemente não exerce papel de variável mediadora e/ou moderadora já que quando considerada, isoladamente ou mesmo em interacção com PE, é sempre excluída do modelo resultante. Isto é, apenas a percepção do processo de envelhecimento, explica parte significativa da variabilidade de BEP. Pode assim dizer-se que as pessoas habilitadas com o 3º Ciclo do Ensino Básico avaliam o seu estado de Bem-Estar Psicológico apenas em função da percepção que têm do seu processo de envelhecimento.

Com habilitações ao nível do Ensino Secundário, a Ansiedade Existencial aparentemente exerce papel de variável mediadora-moderadora já que quando considerada, isoladamente, reduz o peso de PE na explicação de BEP e quando entra no seio da interacção, o peso de PE na explicação de BEP aumenta. Isto é, a relação da percepção do processo de envelhecimento com o Bem-Estar Psicológico varia em função do papel desempenhado pelo estado de Ansiedade Existencial. Pode assim dizer-se que as pessoas habilitadas com Ensino Secundário avaliam o seu estado de Bem-Estar Psicológico em função não só da percepção que têm do seu processo de envelhecimento mas ainda do seu estado de Ansiedade Existencial.

Nas habilitadas com ensino superior, a Ansiedade Existencial aparentemente exerce o papel de variável mediadora entre a relação entre PE e BEP, já que faz reduzir o contributo explicativo das Percepções de Envelhecimento, na variabilidade do Bem-Estar Psicológico e, por outro lado, com a interacção (PE x AE), não se observa qualquer alteração relativamente ao modelo resultante obtido, quando se fez entrar apenas a variável

AE. Por outro lado, também a explicação global do modelo não se altera pelo facto de se tomar em consideração a referida interacção.

### 10.3 Hipótese 3

*O Índice de Religiosidade tem efeito mediador ou moderador sobre o contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico.*

Tabela 87 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, sem intervenção do Índice de Religiosidade e usando os índices

Variáveis	$\beta$
Percepções de Envelhecimento	- 0,492
Bem-Estar Psicológico	7, 539 + $\epsilon$
R = 0,492; R <sup>2</sup> = 0,242; Sig. = 0,000 (p <0,05)	

Tabela 88 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com intervenção do Índice de Religiosidade e usando os índices

Variáveis	$\beta$
Percepções de Envelhecimento	- 0,521
Índice de Religiosidade	0,273
Bem-Estar Psicológico	5, 782 + $\epsilon$
R = 0,562; R <sup>2</sup> = 0,316; Sig. = 0,000 (p <0,05)	

A intervenção da Religiosidade parece não mostrar que esta variável é mediadora uma vez que o valor de  $\beta$  de PE é ligeiramente superior após a inclusão no modelo da variável IR (passa de -0,492 para -0,521). Isto é, a inclusão de IR no modelo reforça o valor do contributo explicativo de PE em relação à variação de BEP.

Por outro lado, com a inclusão de IR, a regressão tornou-se mais forte, não só, porque aumentou o coeficiente múltiplo de correlação (R) mas, também porque aumentou o seu poder explicativo em relação à variação de BEP (de 24,2% para 31,6 %).

Tabela 89 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com intervenção do Índice de Religiosidade e a sua interacção com as Percepções de Envelhecimento (QPE x IR), usando os índices

Variáveis	$\beta$
Percepções de Envelhecimento	- 0,853
Interacção entre as Percepções de Envelhecimento e o Índice de Religiosidade	0,459
Bem-Estar Psicológico	7, 728 + $\epsilon$

R = 0,568; R<sup>2</sup> = 0,322; Sig. = 0,000 (p <0,05)

Quando fazemos intervir a variável IR mais a sua interacção com PE (PE x IR) no modelo de regressão, verificamos o seguinte: o contributo explicativo da variável PE aumenta consideravelmente (de -0,413 para -0,853); a variável IR isoladamente não apresenta valor explicativo da variação de BEP, tendo sido excluída.

O valor explicativo que IR apresenta sem a intervenção da interacção (PE x IR) é significativo e, como acima se disse, faz elevar o valor explicativo de PE, isto é, parece não ter qualquer efeito mediador relativamente a PE.

Aparentemente o valor explicativo de IR é absorvido pela sua interacção com PE dado que, para além de ser substituída no modelo resultante pela interacção, o valor do contributo explicativo da interacção (PE x IR) é superior ao valor explicativo de IR quando entra sem a interacção (IR = 0,273; PE x IR = 0,459);

Não sendo negativo o contributo explicativo de IR (na ausência da interacção PE x IR), é relevante referir que o contributo explicativo da interacção é positivo embora o contributo isolado de PE seja negativo. A mudança no R<sup>2</sup> (0,080) é significativa (0,000). Isto é, o aumento do contributo explicativo da interacção, embora diminuto, é significativo.

Por todos estes factos, parece poder concluir-se que a variável IR tem efeito moderador relevante, sobre o contributo explicativo de PE na variação de BEP. Por outras palavras, o valor do Índice de Religiosidade contribui de forma decisiva e significativa para que uma pessoa percepcione o seu processo de envelhecimento como factor relevante na diminuição do seu Bem-Estar Psicológico.

Quer isto dizer que, quanto mais religiosa for uma pessoa, mais essa pessoa considera que o seu Bem-Estar Psicológico está a ser negativamente afectado pelo seu processo de envelhecimento.

Pode assim dizer-se que se parece confirmar a hipótese formulada.

### 10.3.1 Hipótese 3 - Utilizando características Sócio-Demográficas

#### 10.3.1.1 – Grupo Etário como Discriminante

Tabela 90 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade

Grupos Etários				
65 – 75 anos		Não existe relação significativa entre PE e BPE	85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
PE	- 0,521		PE	- 0,627
BEP	7,463 + €		BEP	8,900 + €
R <sup>2</sup> = 27,2%			R <sup>2</sup> = 39,3%	

Tabela 91 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade

Grupos Etários				
65 – 75 anos		Não existe relação significativa entre IR, PE e BPE	85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
PE	- 0,521		PE	- 0,637
AE	0,236		IR	0,447
BEP	7,463 + €		BEP	5,906 + €
<u>Variável Excluída:</u> Índice de Religiosidade				
R <sup>2</sup> = 27,2%			R <sup>2</sup> = 59,3%	

Tabela 92 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade e da interação entre as percepções de Envelhecimento e a Religiosidade

Grupos Etários				
65 – 75 anos		Não existe relação significativa entre IR + PE + (PE x IR) e BPE	85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
PE	- 0,521		PE	- 0,637
BEP	7,463 + €		IR	- 2,770
<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade e Interação entre IR e PE			<u>Variável Excluída:</u> Interação entre IR e PE	
R <sup>2</sup> = 27,2%			R <sup>2</sup> = 59,3%	

A idade parece ter algum efeito discriminante relativamente à intervenção de IR. No primeiro e segundo dos grupos etários, a intervenção de IR parece não ter qualquer papel.

Isto é, não actua nem como variável mediadora nem como variável moderadora. De facto, nos primeiros dois grupos etários, a intervenção isolada e em interacção com PE não provoca qualquer mudança na relação de PE com BEP. Para além disso, o mesmo valor de  $R^2$  (27,2%) confirma a conclusão acima retirada no que se refere ao primeiro etário. Relativamente ao segundo grupo, nada se pode referir em termos de  $R^2$  uma vez que não existe qualquer relação entre PE e IR com a variável dependente (BEP). Isto é, o facto de a intervenção de IR não provocar qualquer alteração no contributo explicativo de PE no primeiro grupo de idades (65 – 75 anos), sugere que as pessoas deste grupo de idades não são influenciadas pela sua religiosidade, no que respeita à sua percepção relativamente à influência que o seu processo de envelhecimento possa ter no seu Bem-Estar psicológico.

No entanto, no terceiro dos grupos etários, cujas idades variam entre 85 - 99 anos, o efeito da intervenção de IR parece ter efeito mediador sobre a relação de PE com BEP. De facto, a intervenção isolada de IR faz aumentar ligeiramente o contributo explicativo de PE sobre BEP enquanto a intervenção de IR com a sua interacção com PE não produz qualquer efeito. Esta conclusão é reforçada pelo facto de  $R^2$  (59,3%) ser exactamente o mesmo nas duas situações.

### 10.3.1.2 – Género como Discriminante

Tabela 93 - Utilizando o Género como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>Variáveis</b>	<b><math>\beta</math></b>
PE	- 0,483	PE	- 0,499
BEP	7,486 + €	BEP	7,580 + €
$R^2 = 23,4\%$		$R^2 = 24,9\%$	

Tabela 94 - Utilizando o género como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>Variáveis</b>	<b><math>\beta</math></b>
PE	- 0,618	PE	- 0,499
IR	0,525		
BEP	3,883 + €	BEP	7,580 + €
<b>Variável Excluída: Índice de Religiosidade</b>			
$R^2 = 49,1\%$		$R^2 = 24,9\%$	

Tabela 95 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Religiosidade

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
PE	- 3,175		
(PE x IR)	3,538	PE	- 0,499
IR	-1,339		
BEP	19,748+ €	BEP	7,580 + €
<b>Variáveis Excluídas:</b> Índice de Religiosidade e interacção entre Percepções de Envelhecimento e Índice de Religiosidade			
$R^2 = 54,6\%$		$R^2 = 24,9\%$	

O género discrimina o efeito de IR sobre a relação de PE com BEP, uma vez que no género masculino não é visível qualquer efeito mediador ou moderador de IR sobre essa relação. Enquanto no género feminino, IR tem um efeito fundamentalmente moderador sobre a referida relação.

Como acima referido, nas mulheres, o Índice de Religiosidade parece ter, essencialmente, um efeito moderador sobre o contributo explicativo da percepção do processo de envelhecimento na variação de BEP. Isto parece significar que a Religiosidade construída contribui de forma decisiva e significativa para que uma pessoa do género feminino percepcione o seu processo de envelhecimento como factor relevante para o seu Bem-Estar Psicológico. O facto de essa Religiosidade não ter qualquer interferência significativa na relação da percepção de envelhecimento com BEP no grupo de pessoas do género masculino, parece mostrar que a percepção que os homens têm do seu estado de Bem-Estar Psicológico apenas depende da forma como eles percebem o seu processo de envelhecimento.

### 10.3.1.3 – Estado Civil como Discriminante

Tabela 96 - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade

<b>Estado Civil</b>						
<b>Solteiro</b>		<b>Casado/União de Facto</b>		<b>Divorciado</b>	<b>Viúvo</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>		<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
PE	- 0,809	PE	- 0,423	Não relação significativa entre PE e BEP	PE	- 0,680
BEP	7,076 + €	BEP	7,161 + €		BEP	7,766 + €
$R^2 = 65,5\%$		$R^2 = 17,9\%$			$R^2 = 46,2\%$	

Tabela 97 - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade

Estado Civil						
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado	Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
PE	- 0,809	PE	- 0,423	PE e IR não explicam qualquer variabilidade de BEP	PE	- 0,680
		IR	0,211		BEP	7,766 + €
BEP	7,076 + €	BEP	5,909 + €			
<u>Variável Excluída:</u> Índice de Religiosidade					<u>Variável Excluída:</u> Índice de Religiosidade	
$R^2 = 65,5\%$		$R^2 = 22,2\%$			$R^2 = 46,2\%$	

Tabela 98 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade e da interação entre as percepções de Envelhecimento e a Religiosidade

Estado Civil						
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado	Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
(PE x IR)	- 0,857	PE	- 0,695	PE e IR, nem mesmo a sua interação (PE x IR), explicam qualquer variabilidade de BEP	PE	- 0,680
		(PE x IR)	0,344		BEP	7,766 + €
BEP	8,980 + €	BEP	7,332 + €			
<u>Variáveis Excluídas:</u> Percepções de Envelhecimento e Índice de Religiosidade		<u>Variável Excluída:</u> Índice de Religiosidade			<u>Variável Excluída:</u> Índice de Religiosidade e Interação entre PE e IR	
$R^2 = 73,5\%$		$R^2 = 22,3\%$			$R^2 = 46,2\%$	

O estado civil discrimina o efeito da percepção de PE sobre BEP, uma vez que os resultados obtidos diferem de situação para situação como é bem visível no quadro de resultados para cada um dos estados civis. Quer no grupo de pessoas solteiras quer no grupo das pessoas casadas, a percepção do processo de envelhecimento tem um efeito significativo sobre a percepção do estado de Bem-Estar Psicológico. De referir, que esta relação significativa apenas não é visível, no grupo de pessoas no estado de divorciadas. Por outro lado, é relevante fazer notar que o contributo explicativo da percepção do processo de envelhecimento na variabilidade do Bem-Estar Psicológico é bastante mais elevado nas pessoas solteiras (65,5%) do que nas pessoas casadas (17,9%).

Nas pessoas solteiras é aparente o efeito mediador, embora ligeiro, da Religiosidade sobre a percepção da relação que julgam existir entre o seu processo de envelhecimento e o seu estado de Bem-Estar Psicológico. Isto parece significar que as pessoas solteiras dão alguma relevância ao aspecto “Religiosidade”, na forma como percebem o seu estado

de Bem-Estar Psicológico em função do seu processo de envelhecimento. Nas pessoas casadas, os resultados apontam para um efeito essencialmente moderador da Religiosidade sobre a relação entre as percepções de envelhecimento e o estado de Bem-Estar Psicológico. Contudo, embora de valor baixo, a Religiosidade também apresenta um efeito de natureza mediadora.

Nas pessoas divorciadas, o resultado é inconclusivo quanto ao efeito da Religiosidade sobre a relação da percepção do processo de envelhecimento com o seu estado de Bem-Estar Psicológico. A justificação para este resultado não é possível obter a partir das análises até aqui efectuadas. Seria necessário proceder a outras análises, que caíem fora do âmbito deste trabalho, para se perceber o alcance destes resultados. Para o grupo de pessoas viúvas, ao contrário do que sucede com as pessoas solteiras e casadas, a Religiosidade sentida parece não ter qualquer efeito mediador e/ou moderador (uma vez que o IR é excluído da regressão em qualquer das situações) sobre o papel do processo de envelhecimento na percepção do seu estado de Bem-Estar Psicológico.

#### 10.3.1.4 – Habilitações Literárias como Discriminante

Tabela 99 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade

Habilitações Literárias								
1º Ciclo		2º Ciclo	3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 0,517	Não relação significativa entre PE e BEP	PE	- 0,738	PE	- 0,990	PE	- 0,966
BEP	7,610 + €		BEP	9,988 + €	BEP	- 1,656 + €	BEP	17,1622 + €
$R^2 = 26,7\%$		BEP	$R^2 = 54,4\%$		$R^2 = 98,0\%$		$R^2 = 93,2\%$	

Tabela 100 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade

Habilitações Literárias								
1º Ciclo		2º Ciclo	3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 0,566	Não existe relação significativa entre PE e IR com BPE	IR	0,900	PE	0,979	PE	- 1,190
IR	0,334		BEP	- 1,577 +€	IR	0,143	IR	0,344
BEP	5,541 +€		BEP	- 2,688 +€	BEP	- 2,688 +€	BEP	15,761+ €
$R^2 = 37,6\%$			Variável Excluída: Percepções de Envelhecimento $R^2 = 80,9\%$		$R^2 = 100\%$		$R^2 = 100\%$	

Tabela 101 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Religiosidade

<b>Habilitações Literárias</b>								
1º Ciclo		2º Ciclo	3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 0,980	Não existe relação significativa entre PE e IR com BPE	IR	0,900	PE	0,979	PE	- 1,190
(PE x IR)	0,573		BEP	- 1,577 +€	IR	0,143	AE	0,344
BEP	7,942 +€		BEP	- 2,688 +€	BEP	- 2,688 +€	BEP	15,761 +€
<u>Variável Excluída:</u> Índice de Religiosidade			<u>Variável Excluída:</u> Percepções de Envelhecimento e Interacção entre PE e IR		<u>Variável Excluída:</u> Interacção entre PE e IR		<u>Variável Excluída:</u> Interacção entre PE e IR	
$R^2 = 38,1\%$			$R^2 = 80,9\%$		$R^2 = 100\%$		$R^2 = 100\%$	

O nível de habilitações literárias parece discriminar o efeito de PE sobre BEP uma vez que os resultados obtidos diferem do primeiro ciclo para os restantes níveis, como é bem visível no quadro de resultados para cada um dos níveis de habilitações.

De referir que PE, quando considerada isoladamente, não apresenta relação significativa no caso das pessoas habilitadas com o 2º Ciclo. Nas pessoas dos outros 4 grupos de nível habilitacional (1º, 3º Ciclos do Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior), a percepção do processo de envelhecimento, aparentemente só por si, tem influência na percepção do estado de Bem-Estar Psicológico e, parece ainda aumentar em função do nível de habilitações.

No caso das pessoas habilitadas com o 1º Ciclo do Ensino Básico, a Religiosidade aparentemente exerce o papel de variável moderadora entre a relação entre PE e BEP. De facto, quando a interacção (PE x IR) entra, faz aumentar o contributo explicativo da percepção de envelhecimento na variabilidade do estado de Bem-Estar Psicológico e, por outro lado, quando se faz entrar IR isoladamente, verifica-se também um ligeiro aumento da explicação de PE relativamente à variabilidade de BEP. No 2º Ciclo do Ensino Básico, a Religiosidade aparentemente não exerce qualquer papel de variável mediadora e/ou moderadora entre a relação de PE com BEP, já que PE não apresenta qualquer relação significativa com BEP.

Assim sendo, não é possível verificar se IR exerceria algum papel mediador ou moderador sobre essa relação. Nas pessoas habilitadas com o 3º Ciclo do Ensino Básico, a Religiosidade aparentemente, exerce um papel fortemente de natureza mediadora, já que quando considerada isoladamente, ou mesmo em interacção com PE, faz excluir PE e, mesmo a interacção desta com IR do modelo resultante. Pode assim dizer-se que as pessoas habilitadas com o 3º Ciclo do Ensino Básico avaliam o seu estado de Bem-Estar Psicológico tomando fundamentalmente em consideração a sua Religiosidade.

No caso das pessoas habilitadas com o Ensino Secundário e com o Ensino Superior, a Religiosidade construída aparentemente exerce papel de variável mediadora, embora esta mediação seja aparentemente de peso diminuto uma vez que PE, isoladamente, explica quase na totalidade a variabilidade de BEP (98 e 93,2%, respectivamente).

Isto é, a relação das percepções do processo de envelhecimento com o Bem-Estar Psicológico varia em função do papel desempenhado pela Religiosidade, embora, o papel mediador desta não seja relevante.

Pode assim dizer-se que as pessoas habilitadas com Ensino Secundário e Ensino Superior, avaliam o seu estado de Bem-Estar Psicológico fundamentalmente em função da percepção que têm do seu processo de envelhecimento.

#### 10.4 Hipótese 4

*O contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico é moderado ou mediado pelo Apoio Social Percebido.*

Tabela 102 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, sem intervenção do Apoio Social Percebido e usando os índices

Variáveis	$\beta$
Percepções de Envelhecimento	- 0,492
Bem-Estar Psicológico	7, 539 + $\epsilon$
R = 0,492; R <sup>2</sup> = 0,242; Sig. = 0,000 (p < 0,05)	

Tabela 103 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com do Apoio Social Percebido e usando os índices

Variáveis	$\beta$
Apoio Social Percebido	0,599
Percepções de Envelhecimento	- 0,260
Bem-Estar Psicológico	3, 100 + $\epsilon$
R = 0,738; R <sup>2</sup> = 0,544; Sig. = 0,000 (p < 0,05)	

A intervenção de Apoio Social Percebido (ASP) parece ter papel de variável mediadora, uma vez que o valor de  $\beta$  de PE é bastante enfraquecido após a inclusão no modelo da variável ASP (passa de -0,492 para -0,260).

No caso de uma mediação pura, a variável PE deixaria de ter um contributo significativo para a explicação da variação da BEP e, portanto, sairia do modelo resultante. Não foi o caso. Contudo, com a inclusão de ASP, o contributo de PE diminuiu bastante embora se tenha mantido significativo. Para além disso, contrariamente ao que acontece com as variáveis AE e IR, neste caso a variável PE tem um contributo inferior ao da nova variável (ASP). Aconteceu ainda que com a inclusão de ASP, a regressão tornou-se relativamente mais forte (o coeficiente múltiplo de correlação R passou de 0,492 para 0,738) e aumentou o seu poder explicativo em relação à variação de BEP (24,2% → 54,4 %).

Tabela 104 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com do Apoio Social Percebido a sua interacção com as Percepções de Envelhecimento, usando os índices

Variáveis	$\beta$
Apoio Social Percebido	0,599
Percepções de Envelhecimento	- 0,260
Bem-Estar Psicológico	3, 100 + €

R = 0,738; R<sup>2</sup> = 0,544; Sig. = 0,000 (p <0,05)

Quando fazemos intervir a variável ASP juntamente com a sua interacção com PE (PE x ASP), verificamos que não existe praticamente qualquer alteração em relação à situação anterior. Isto é, a interacção (PE x ASP) não tem qualquer efeito sobre a variabilidade de BEP.

Este resultado, vem reforçar a conclusão de que a variável tem papel de variável mediadora, relativamente ao efeito de PE sobre BEP.

Assim sendo, parece poder concluir-se que quando uma pessoa sente que tem Apoio Social, a sua percepção do processo de envelhecimento tem menor efeito sobre o seu Bem-Estar Psicológico.

Por outras palavras, o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa é menos influenciado pela sua percepção do processo de envelhecimento, quando sente ter Apoio Social.

Ou ainda, a percepção do processo de envelhecimento influencia mais negativamente o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa quando essa pessoa não tem Apoio Social.

Pode assim dizer-se que parecer se confirmar a hipótese formulada.

### 10.4.1 Hipótese 4 - Utilizando características Sócio-Demográficas

#### 10.4.1.1 – Grupo Etário como Discriminante

Tabela 105 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, sem intervenção do Apoio Social Percebido

Grupos Etários					
65 – 75 anos		76 – 84 anos		85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$	Não existe relação significativa entre PE e BPE		Variáveis	$\beta$
PE	-0,521			PE	- 0,627
BEP	7,463 + €			BEP	8,900 + €
$R^2 = 27,2\%$			$R^2 = 39,3\%$		

Tabela 106 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido

Grupos Etários					
65 – 75 anos		76 – 84 anos		85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
ASP	0,611	APS	0,698	ASP	0,473
PE	- 0,521	BEP	0,614	PE	- 0,401
BEP	3,068 + €			BEP	5,143 + €
<u>Variável Excluída: Percepções de Envelhecimento</u>					
$R^2 = 58,4\%$		$R^2 = 48,7\%$		$R^2 = 56,6\%$	

Tabela 107 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido e da interação entre as percepções de Envelhecimento do Apoio Social Percebido

Grupos Etários					
65 – 75 anos		76 – 84 anos		85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
ASP	0,611	ASP	0,698	ASP	0,473
PE	- 0,286			PE	- 0,401
BEP	3,068 + €	BEP	0,614	BEP	5,143 + €
<u>Variáveis Excluídas:</u> Interação entre ASP e PE		<u>Variáveis Excluídas:</u> Percepções de Envelhecimento Interação entre ASP e PE		<u>Variáveis Excluídas:</u> Interação entre ASP e PE	
$R^2 = 58,4\%$		$R^2 = 48,7\%$		$R^2 = 56,6\%$	

A idade parece não ter qualquer efeito discriminante relativamente à intervenção de ASP. Isto é, pode dizer-se que nos subgrupos definidos pelos grupos de idades considerados, o efeito da variável ASP é idêntico ao que apresenta na análise global, ou seja, tem papel de natureza mediadora.

Relativamente ao grupo 2, embora não exista relação entre PE e BEP, a intervenção de ASP não provoca qualquer alteração visível e, por isso, pode, aparentemente, concluir-se que segue o mesmo padrão dos outros dois grupos.

O facto de a intervenção de ASP provocar alteração no contributo explicativo de PE no primeiro e terceiro grupos de idades, sugere que as pessoas destes grupos de idades são influenciadas pelo Apoio Social percebido, no que respeita à sua percepção relativamente à influência que o seu processo de envelhecimento possa ter no seu Bem-Estar psicológico.

A mesma conclusão se pode retirar relativamente ao segundo grupo, embora, como acima se referiu, não ser visível esse efeito uma vez que não existe relação significativa entre PE e BEP. Esta conclusão é reforçada pelo facto dos valores de  $R^2$  (em todos os grupos de idades) aumentarem quando ASP intervém, isoladamente ou em interacção com PE, relativamente ao verificado na regressão sem a intervenção de ASP e, além disso, terem exactamente o mesmo valor nas duas situações em que intervém ASP.

#### 10.4.1.2 – Género como Discriminante

Tabela 108 - Utilizando o Género como discriminante da amostra, sem intervenção do Apoio Social Percebido

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>Variáveis</b>	<b><math>\beta</math></b>
PE	-0,483	PE	-0,499
BEP	7,486 + $\epsilon$	BEP	7,580 + $\epsilon$
$R^2 = 23,4\%$		$R^2 = 24,9\%$	

Tabela 109 - Utilizando o género como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>Variáveis</b>	<b><math>\beta</math></b>
ASP	0,795	ASP	0,522
		PE	-0,321
BEP	0,059 + $\epsilon$	BEP	4,201 + $\epsilon$
<u>Variável Excluída: Índice de Religiosidade</u>			
$R^2 = 63,2\%$		$R^2 = 47,8\%$	

Tabela 110 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido e da interação entre as percepções de Envelhecimento e o Apoio Social Percebido

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
APS	0,795	APS	0,522
		PE	- 0,321
BEP	0,059+ €	BEP	4,201 + €
<u>Variáveis Excluídas:</u> Percepções de Envelhecimento e Interação entre PE e IR		<u>Variável Excluída:</u> Interação entre PE e IR	
R <sup>2</sup> = 63,2%		R <sup>2</sup> = 47,8%	

O género parece não discriminar o efeito de EPS sobre a relação de QPE com BEP uma vez que quer no género feminino quanto no masculino o efeito é de natureza mediadora tal como se verifica na análise global.

Existe contudo uma pequena diferença de comportamento nas pessoas de diferente género. Isto é, o efeito do Apoio Social é mais evidente nas pessoas do género feminino do que nas pessoas do género masculino. Esta conclusão deriva do facto de nas pessoas de género feminino, o efeito do Apoio Social eliminar por completo a relação da percepção do processo de envelhecimento com a percepção do seu estado de Bem-Estar Psicológico.

#### 10.4.1.3 – Estado Civil como Discriminante

Tabela 111 - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, sem intervenção do Apoio Social Percebido

<b>Estado Civil</b>							
<b>Solteiro</b>		<b>Casado/União de Facto</b>		<b>Divorciado</b>		<b>Viúvo</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	Não relação significativa entre PE e BEP		<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
PE	- 0,809	PE	- 0,423			PE	- 0,680
BEP	7,076 + €	BEP	7,161 + €			BEP	7,766 + €
R <sup>2</sup> = 65,5%		R <sup>2</sup> = 17,9%				R <sup>2</sup> = 46,2%	

Tabela 112 - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido

<b>Estado Civil</b>							
<b>Solteiro</b>		<b>Casado/União de Facto</b>		<b>Divorciado</b>		<b>Viúvo</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>

PE	- 1,069	APS	0,589	APS	0,973	APS	0,652
APS	0,570	PE	-0,189			PE	- 0,401
BEP	6,523 + €	BEP	2,835 + €	BEP	- 3,032	BEP	7,766 + €
<u>Variável Excluída: Percepções de Envelhecimento</u>							
$R^2 = 91,2\%$		$R^2 = 46,5\%$		$R^2 = 94,7\%$		$R^2 = 81,0\%$	

Tabela 113 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido e da interação entre as percepções de Envelhecimento e o Apoio Social Percebido

<b>Estado Civil</b>							
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado		Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 1,069	APS	0,589	APS	0,973	APS	1,163
APS	0,570	PE	- 0,189			(PE x APS)	- 0,498
BEP	6,523 + €	BEP	2,835 + €	BEP	- 3,032	BEP	1,078 + €
<u>Variável Excluída:</u> Interação entre PE x APS		<u>Variável Excluída:</u> Interação entre PE x APS		<u>Variáveis Excluídas:</u> Percepções de Envelhecimento e Interação entre PE x APS		<u>Variável Excluída:</u> Percepções de Envelhecimento	
$R^2 = 91,2\%$		$R^2 = 46,5\%$		$R^2 = 94,7\%$		$R^2 = 81,0\%$	

O estado civil parece não discriminar o efeito da relação entre a percepção de PE e BEP, uma vez que os resultados obtidos praticamente não diferem de situação para situação como é visível no quadro de resultados para cada um dos estados civis.

Quer no grupo de pessoas solteiras, quer no grupo das pessoas casadas, a percepção do processo de envelhecimento (PE) tem efeito significativo sobre a percepção do estado de Bem-Estar Psicológico (BEP). De referir que esta relação significativa apenas não é visível no grupo de pessoas no estado de divorciadas. Por outro lado, é relevante fazer notar que o contributo explicativo da percepção do processo de envelhecimento na variabilidade do Bem-Estar Psicológico é bastante mais elevado nas pessoas solteiras (65,5%) do que nas pessoas casadas (17,9%).

Tanto nas pessoas solteiras como nas casadas é aparente o efeito mediador, do Apoio Social percebido (ASP) sobre a percepção da relação que julgam existir entre o seu processo de envelhecimento e o seu estado de Bem-Estar Psicológico. Isto parece significar que as pessoas solteiras e as casadas, dão relevância ao Apoio Social na forma como percebem o seu estado de Bem-Estar Psicológico, em função do seu processo de envelhecimento.

Embora aparentemente o Estado Civil não provoque efeito discriminatório no que concerne ao efeito do Apoio Social percebido na relação do processo de envelhecimento

com o Bem-Estar Psicológico, nas pessoas divorciadas, o resultado não é totalmente conclusivo uma vez que a relação entre PE e BEP não é significativa. A justificação para esta conclusão não é possível obter a partir das análises até aqui efectuadas. Seria necessário proceder a outras análises, que caíem fora do âmbito deste trabalho, para se perceber o alcance destes resultados.

#### 10.4.1.4 – Habilitações Literárias como Discriminante

Tabela 114 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, sem intervenção do Apoio Social Percebido

Habilitações Literárias									
1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$			Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 0,517	Não relação significativa entre PE e BEP		PE	- 0,738	PE	-0,990	PE	- 0,966
BEP	7,610 + €			BEP	9,988 + €	BEP	- 1,656 + €	BEP	17,1622 + €
$R^2 = 26,7\%$				$R^2 = 54,4\%$		$R^2 = 98,0\%$		$R^2 = 93,2\%$	

Tabela 115 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido

Habilitações Literárias									
1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
APS	0,583	APS	0,952	PE	- 0,738	PE	0,592	PE	- 1,362
PE	- 0,301	BEP	0,707 +€	BEP	- 1,792 +€	APS	0,423	APS	- 0,474
BEP	3,254 +€					BEP	- 0,749+€	BEP	27,067+ €
		Variável Excluída: Percepções de Envelhecimento		Variável Excluída: Apoio Social Percebido					
$R^2 = 55,6\%$		$R^2 = 90,5\%$		$R^2 = 54,4\%$		$R^2 = 100\%$		$R^2 = 100\%$	

Tabela 116 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção do Apoio Social Percebido e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e do Apoio Social Percebido

Habilitações Literárias									
1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
APS	0,583	APS	0,952	PE	-0,738	(PE x APS)	1,379	PE	-1,362
PE	0,301	BEP	0,707	BEP	-1,792 +€	APS	0,385	APS	0,474
BEP	3,254 +€					BEP	-2,896 +€	BEP	27,067 +€
Variáveis Excluídas: Interação entre PE x		Variável Excluída: Percepções de		Variáveis Excluídas: Apoio Social Percebido		Variável Excluída: Percepções de		Variáveis Excluídas: Interação entre PE e	

APS	Envelhecimento	e Interação entre PE e APS	Envelhecimento	APS
R <sup>2</sup> = 55,6%	R <sup>2</sup> = 90,5%	R <sup>2</sup> = 54,4%	R <sup>2</sup> = 100%	R <sup>2</sup> = 100%

O nível de habilitações literárias parece discriminar o efeito da percepção de PE sobre BEP uma vez que os resultados obtidos diferem entre o terceiro ciclo e os restantes níveis, como é visível no quadro de resultados para cada um dos níveis de habilitações.

De referir que PE, quando considerada isoladamente, não apresenta relação significativa apenas no caso das pessoas habilitadas com o 2º Ciclo. Nas pessoas dos outros 4 grupos de nível habilitacional (1º, 3º Ciclos do Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior), a percepção do processo de envelhecimento PE, aparentemente só por si, tem influência na percepção do estado de Bem-Estar Psicológico e parece ainda aumentar em função do nível de habilitações. No caso das pessoas habilitadas com o 3º Ciclo do Ensino Básico, o Apoio Social percebido não tem qualquer efeito mediador ou moderador na relação entre PE e BEP. De facto, quando ASP intervém, quer isoladamente, quer em interação com PE (PE x ASP), é sempre excluída do modelo. Isto parece significar que as pessoas habilitadas com o 3º Ciclo do Ensino Básico dão maior ênfase à sua percepção do processo de envelhecimento na avaliação do seu Bem-Estar Psicológico.

## 10.5 Hipótese 5

*O contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico é moderado ou mediado pelo estado de Ansiedade e Depressão.*

Tabela 117 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, sem intervenção do estado emocional

Variáveis	$\beta$
Percepções de Envelhecimento	- 0,492
Bem-Estar Psicológico	7, 539 + €
R = 0,492; R <sup>2</sup> = 0,242; Sig. = 0,000 (p <0,05)	

Tabela 118 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com do estado emocional

Variáveis	$\beta$
Percepções de Envelhecimento	- 0,448
Estado Emocional	-0,378

A intervenção do Estado Emocional parece ter um papel de variável mediadora, uma vez que o valor de  $\beta$  de PE é ligeiramente menor após a inclusão no modelo da variável EE. Contudo, o papel de mediação não parece ser forte uma vez que o valor de  $\beta$  de PE não diminui muito (de -0,492 para -0,448).

No caso de uma mediação pura, a variável PE deixaria de ter contributo significativo para a explicação da variação da BEP e, portanto, sairia do modelo resultante. O que aconteceu foi que com a inclusão de EE, o contributo de PE, diminuiu mas manteve-se significativo e com um contributo superior ao de EE. Aconteceu ainda que com a inclusão de EE, a regressão tornou-se mais forte não só porque aumentou o coeficiente múltiplo de correlação R, mas também porque aumentou o seu poder explicativo em relação à variação de BEP (de 24,2% para 38,3 %).

Tabela 119 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com do estado emocional

Variáveis	$\beta$
Percepções de Envelhecimento	- 0,640
Interação entre o Estado Emocional e as Percepções de Envelhecimento	0,422
Bem-Estar Psicológico	7, 216 + €

R = 0,631; R<sup>2</sup> = 0,398; Sig. = 0,000 (p <0,05)

Embora anteriormente se tenha concluído que a intervenção do Estado Emocional (EE) parece ter papel de variável mediadora, quando fazemos intervir a variável EE mais a sua interação com PE (PE x EE) no modelo de regressão.

O contributo explicativo da variável PE aumenta consideravelmente (de -0,413 para -0,640); a variável EE isoladamente não apresenta valor explicativo da variação de BEP, tendo sido excluída. O valor explicativo que EE apresenta, sem a intervenção da interação (PE x EE) é significativo e, como acima se disse, faz baixar o valor explicativo de PE, isto é, tem algum efeito mediador relativamente à PE. Aparentemente o valor explicativo de EE é absorvido pela sua interação com PE dado que, para além de ser substituída no modelo resultante pela interação, o valor do contributo explicativo da interação (PE x EE) é superior ao valor explicativo de EE, quando entra sem a interação (EE = 0,378; PE x EE = 0,422).

Não sendo negativo o contributo explicativo de EE (na ausência da interação PE x EE), é relevante referir que o contributo explicativo da interação é positivo embora o

contributo isolado de PE seja negativo. A mudança no  $R^2$  (0,156) é significativa (0,000). Isto é, o aumento do contributo explicativo da interacção, embora diminuto, é significativo.

Por todos estes factos, parece poder concluir-se que a variável EE, tem efeito moderador relevante sobre o contributo explicativo de PE na variação de BEP. Por outras palavras, o Estado Emocional contribui de forma decisiva e significativa para que uma pessoa considere que o seu processo de envelhecimento diminui o seu Bem-Estar Psicológico. Pode assim dizer-se que se confirma a hipótese formulada.

### 10.5.1 Hipótese 5 - Utilizando características Sócio-Demográficas

#### 10.5.1.1 – Grupo Etário como Discriminante

Tabela 120 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, sem intervenção do Estado Emocional

Estado Emocional					
Grupos Etários					
65 – 75 anos		76 – 84 anos	85 – 99 anos		
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$	
PE	- 0,521	Não existe relação significativa entre PE e BPE	PE	- 0,627	
BEP	7,463 + €		BEP	8,900 + €	
$R^2 = 27,2\%$			$R^2 = 39,3\%$		

Tabela 121 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional

Estado Emocional					
Grupos Etários					
65 – 75 anos		76 – 84 anos	85 – 99 anos		
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 0,503	EE	0,510	EE	0,521
EE	- 0,258	BEP	2,948	PE	- 0,520
BEP	6,602 + €			BEP	6,750+ €
		<u>Variável Excluída: Percepções de Envelhecimento</u>			
$R^2 = 33,8\%$		$R^2 = 26,0\%$		$R^2 = 65,3\%$	

Tabela 122 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento do Estado Emocional

Grupos Etários		
65 – 75 anos	76 – 84 anos	85 – 99 anos

Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 1,597	EE	0,510	EE	0,521
(PE x EE)	2,191			PE	-0,520
EE	1,700	BEP	2,948 + €	BEP	6,750 + €
BEP	12,134 + €				
<u>Variáveis Excluídas:</u>					
Percepções de Envelhecimento e Interação entre EE e PE			<u>Variável Excluída:</u> Interação entre EE e PE		
$R^2 = 41,0\%$		$R^2 = 26,0\%$		$R^2 = 65,3\%$	

A idade parece ter algum efeito discriminante relativamente à intervenção de EE. Isto é, pode dizer-se que nos subgrupos definidos pelos grupos de idades considerados, o efeito da variável EE varia entre grupos, sendo o primeiro grupo de idades o que mais se aproxima do papel de EE, quando a análise é efectuada ao grupo global, ou seja o Estado Emocional, tem nas pessoas de idade compreendida entre 65 e 75 anos um efeito misto, isto é, moderador e mediador na relação que as pessoas percebem entre a sua percepção do processo de envelhecimento e o seu estado de Bem-Estar Psicológico. Relativamente ao segundo grupo, embora não exista relação entre PE e BEP e a intervenção de EE na relação QPE-BEP não seja portanto visível pode, aparentemente, dizer-se que o Estado Emocional que percebem as pessoas de idades compreendidas entre 76 e 84 anos, tem maior relevância na avaliação do seu estado de Bem-Estar Psicológico, do que a sua percepção relativamente ao processo de envelhecimento.

No terceiro subgrupo de idades (85-99 anos), EE tem um efeito mediador na relação da percepção do processo de envelhecimento com o estado de Bem-Estar Psicológico, isto é, as pessoas avaliam o seu estado de Bem-Estar Psicológico através da percepção do processo de envelhecimento mas mediada pelo seu Estado Emocional.

### 10.5.1.2 – Género como Discriminante

Tabela 123 - Utilizando o Género como discriminante da amostra, sem intervenção do Estado Emocional

<b>Género</b>			
Feminino		Masculino	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 0,483	PE	- 0,499
BEP	7,486 + €	BEP	7,580 + €
$R^2 = 23,4\%$		$R^2 = 24,9\%$	

Tabela 124 - Utilizando o género como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
EE	0,462	PE	- 0,471
PE	- 0,415	EE	0,304
BEP	5,453 + €	BEP	6,691 + €
$R^2 = 44,3\%$		$R^2 = 34,1\%$	

Tabela 125 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e o do Estado Emocional

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
PE	- 0,694	PE	- 0,591
(PE x EE)	0,522	(PE x EE)	0,323
BEP	7,062 + €	BEP	7,332 + €
<u>Variável Excluída:</u> Estado Emocional			
$R^2 = 46,2\%$		$R^2 = 34,6\%$	

O género parece não discriminar o efeito de EE sobre a relação de PE com BEP, uma vez que quer no género feminino quanto no masculino o efeito é de natureza mista (mediadora-moderadora) tal como se verifica na análise global.

Existe contudo uma pequena diferença de comportamento nas pessoas de diferente género. Isto é, o efeito do Estado Emocional na relação da percepção do processo de envelhecimento com o estado de Bem-Estar Psicológico é ligeiramente mais evidente nas pessoas do género feminino do que nas pessoas do género masculino. Esta conclusão deriva do facto de nas pessoas de género feminino, o efeito do Estado Emocional surgir com maior peso relativo do que nas pessoas de género masculino.

### 10.5.1.3 – Estado Civil como Discriminante

Tabela 126 - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, sem intervenção do Estado Emocional

<b>Estado Civil</b>							
<b>Solteiro</b>		<b>Casado/União de Facto</b>		<b>Divorciado</b>		<b>Viúvo</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>			<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
PE	- 0,521	PE	- 0,423	Não relação significativa entre		PE	- 0,680
BEP	7,463 + €	BEP	7,161 + €			BEP	7,766 + €

$R^2 = 65,5\%$  $R^2 = 17,9\%$ 

PE e BEP

 $R^2 = 46,2\%$ 

Tabela 127 - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional

Estado Civil							
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado		Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 0,809	PE	- 0,382	EE	0,778	PE	- 0,683
		EE	0,341			EE	0,392
BEP	7,076 + €	BEP	5,945 + €	BEP	0,299	BEP	6,724 + €
<u>Variável Excluída:</u> Estado Emocional			<u>Variável Excluída:</u> Percepções de Envelhecimento				
$R^2 = 65,5\%$		$R^2 = 29,4\%$		$R^2 = 60,5\%$		$R^2 = 61,6\%$	

Tabela 128 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e o Estado Emocional

Estado Civil							
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado		Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 0,809	PE	- 0,562	EE	0,778	EE	- 0,925
		(PE x EE)	0,390			(PE x EE)	0,471
BEP	7,076 + €	BEP	6,869 + €	BEP	0,299	BEP	7,867 + €
<u>Variáveis Excluídas:</u> Estado Emocional e Interacção entre PE x EE		<u>Variável Excluída:</u> Estado Emocional		<u>Variáveis Excluídas:</u> Percepções de Envelhecimento e Interacção entre PE x EE		<u>Variável Excluída:</u> Estado Emocional	
$R^2 = 65,5\%$		$R^2 = 31,2\%$		$R^2 = 60,5\%$		$R^2 = 64,5\%$	

O estado civil parece discriminar o efeito da relação entre a percepção de PE e BEP uma vez que os resultados obtidos diferem de situação para situação como é visível no quadro de resultados para cada um dos estados civis. Aliás, o efeito discriminante verifica-se essencialmente entre dois grupos: (1) as pessoas solteiras ou divorciadas; (2) as pessoas casadas ou viúvas. Em todos os grupos (solteiros, casados, viúvos) à excepção do grupo das pessoas divorciadas, a percepção do processo de envelhecimento tem efeito significativo directo sobre a percepção do estado de Bem-Estar Psicológico. Por outro lado, é relevante fazer notar que o contributo explicativo da percepção do processo de

envelhecimento na variabilidade do Bem-Estar Psicológico é mais elevado nas pessoas solteiras (65,5%) do que nas pessoas casadas (17,9%) e mesmo nas viúvas (46,2%).

Tanto nas pessoas casadas, como nas viúvas é aparente o efeito misto (mediador-moderador) do Estado Emocional sobre a percepção da relação que julgam existir entre as suas Percepções de Envelhecimento e o seu estado de Bem-Estar Psicológico. Isto parece significar que as pessoas casadas e as viúvas, dão mais relevância do que as pessoas solteiras e divorciadas ao seu Estado Emocional, na forma como percebem o seu Bem-Estar Psicológico, em função do seu processo de envelhecimento.

Embora aparentemente o Estado Civil não provoque efeito discriminatório entre solteiros e divorciados, no que concerne ao do Estado Emocional, na relação das Percepções de Envelhecimento com o Bem-Estar Psicológico, nas pessoas divorciadas, o resultado não é totalmente conclusivo uma vez que a relação entre PE e BEP não é significativa.

A justificação para esta conclusão não é possível obter a partir das análises até aqui efectuadas. Seria necessário proceder a outras análises, que caíam fora do âmbito deste trabalho, para se perceber o alcance destes resultados.

#### 10.5.1.4 – Habilitações Literárias como Discriminante

Tabela 129 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, sem intervenção do Estado Emocional

Habilitações Literárias								
1º Ciclo		2º Ciclo	3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	-0,517	Não relação significativa entre PE e BEP	PE	-0,738	PE	-0,990	PE	-0,966
BEP	7,610 + €		BEP	9,988 + €	BEP	-1,656 + €	BEP	17,1622 + €
$R^2 = 26,7\%$			$R^2 = 54,4\%$		$R^2 = 98,0\%$		$R^2 = 93,2\%$	

Tabela 130 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional

Habilitações Literárias								
1º Ciclo		2º Ciclo	3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
EE	0,479	Não relação significativa entre PE, EE e BPE	EE	0,878	PE	0,909	EE	4,466
PE	-0,431		BEP	-3,567 + €	EE	-0,164	PE	3,493
BEP	5,456 + €		BEP	-0,937 + €	BEP	-0,937 + €	BEP	-64,500 + €
$R^2 = 48,9\%$			$R^2 = 77,1\%$		$R^2 = 100\%$		$R^2 = 100\%$	

Variável Excluída:  
Percepções de Envelhecimento

Tabela 131 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção do Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e do Estado Emocional

Habilitações Literárias								
1º Ciclo		2º Ciclo	3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
EE	0,479	Não relação significativa entre PE, EE, (QPE x EE) e BPE	PE	0,878	PE	0,909	(PE x EE)	2,788
PE	0,431		BEP	- 3,567 +€	EE	0,385	EE	- 1,802
BEP	5,456 +€		Variáveis Excluídas: Estado Emocional e interacção entre PE e EE		Variável Excluída: Interacção entre PE x EE		BEP	- 6,641 +€
Variável Excluída: Interacção entre PE x EE							Variável Excluída: Interacção entre PE e EE	
$R^2 = 48,9\%$			$R^2 = 77,1\%$		$R^2 = 100\%$		$R^2 = 100\%$	

O nível de habilitações literárias parece não discriminar o efeito da percepção de PE sobre BEP, uma vez que os resultados obtidos, em termos de efeito de EE sobre essa relação não diferem entre os diversos níveis de habilitações. Isto é, seguem o padrão dos resultados obtidos quando se analisa o efeito de EE no grupo global, ou seja, efeito mediador entre a relação da percepção do processo de envelhecimento com o estado de Bem-Estar Psicológico. De referir que PE, quando considerada isoladamente, não apresenta relação significativa apenas no caso das pessoas habilitadas com o 2º Ciclo. Nas pessoas dos outros 4 grupos de nível habilitacional (1º, 3º Ciclo do Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior), a percepção do processo de envelhecimento, aparenta só por si, ter influência na percepção do estado de Bem-Estar Psicológico e parece ainda aumentar em função do nível de habilitações.

No caso das pessoas habilitadas com o 2º Ciclo do Ensino Básico, o efeito o estado de Ansiedade e Depressão percebido não apresenta efeito visível na relação entre PE e BEP. No entanto, dado o facto de globalmente se ter concluído que o efeito de EE era de natureza mediadora, provavelmente, passar-se-á o mesmo com as pessoas com este nível de habilitações.

## 10.6 Hipótese 6

*O Índice de Religiosidade, a Ansiedade Existencial, 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 IR, AE, ASP e EE em conjunto tem efeito mediador ou moderador sobre PE em relação a BEP, utilizou-se a regressão stepwise como a seguir se procede.

Tabela 132 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, sem intervenção de Índice de Religiosidade, a Ansiedade Existencial, o Apoio Social Percebido e o estado emocional

Variáveis	$\beta$
Percepções de Envelhecimento	- 0,492
Bem-Estar Psicológico	7, 539 + $\epsilon$

R = 0,492; R<sup>2</sup> = 0,242; Sig. = 0,000 (p <0,05)

Tabela 133 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com intervenção do Índice de Religiosidade, da Ansiedade Existencial, do Apoio Social Percebido e o estado emocional

Variáveis	$\beta$
Apoio Social Percebido	0,522
Estado Emocional	0,223
Percepções de Envelhecimento	- 0,277
Bem-Estar Psicológico	2,000 + $\epsilon$

Variável Excluída: Ansiedade Existencial

R = 0,790; R<sup>2</sup> = 0,624; Sig. = 0,000 (p <0,05)

Com a intervenção do Índice de Religiosidade, da Ansiedade Existencial, do Apoio Social Percebido e do Estado Emocional, concluí-se que conjuntamente estas variáveis têm um papel de mediadoras uma vez que o valor de  $\beta$  das Percepções de Envelhecimento diminui consideravelmente após a inclusão no modelo da variável Ansiedade Existencial (AE), apresentando um valor de coeficiente de correlação R = - 0,492 para um R = -0,277.

Isto leva-nos a concluir que no caso de uma mediação pura, as Percepções de Envelhecimento deixariam de ter um contributo significativo para a explicação do Bem-Estar Psicológico e, portanto, sairia do modelo resultante. O que aconteceu foi que com a inclusão de IR, AE, ASP e EE, o contributo das Percepções de Envelhecimento baixou mas, manteve-se significativo e com um contributo inferior ao das variáveis Apoio Social Percebido e Estado Emocional e, superior ao da Religiosidade.

Por outro lado, de referir que a Ansiedade Existencial foi excluída do modelo resultante. Isto parece significar que o efeito mediador que esta variável, parece ter quando actua isoladamente, desaparece na presença das outras três variáveis. Isto leva-nos a concluir que o efeito mediador da Ansiedade Existencial é o mais fraco comparativamente com o das outras três variáveis (ASP, EE, IR). Note-se, contudo, que o Estado Emocional provavelmente abrange algumas das dimensões da Ansiedade Existencial, o que pode explicar a sua exclusão. Aconteceu ainda que com a inclusão das três variáveis, a regressão

tornou-se 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, inicialmente explicava 24,2%, evidenciando depois 62,4 da influência explicativa.

Tabela 134 – Resultados significativos da regressão *stepwise*, com intervenção do Índice de Religiosidade, da Ansiedade Existencial, do Apoio Social Percebido e do Estado Emocional e as respectivas interações

Variáveis	$\beta$
Apoio Social Percebido	0,522
Estado Emocional	0,223
Percepções de Envelhecimento	- 0,277
Índice de Religiosidade	0,133
Bem-Estar Psicológico	7, 216 + $\epsilon$

Variáveis Excluídas: Ansiedade Existencial e a Interação entre as Percepções de Envelhecimento e as restantes variáveis (Ansiedade Existencial, Índice de Religiosidade, Estado Emocional e Apoio Social Percebido)

R = 0,631; R<sup>2</sup> = 0,398; Sig. = 0,000 (p < 0,05)

Quando fazemos intervir o conjunto das quatro variáveis e respectivas interações no modelo de regressão, tendo em vista estimar se existe efeito moderador dessas variáveis quando presentes em conjunto, verificamos que não existe praticamente qualquer alteração em relação à situação anterior.

Isto é, as interações (PE x ASP), (EP x EE), (PE x IR) e (PE x AE) não tem qualquer efeito sobre a variabilidade Bem-Estar Psicológico, uma vez que são todas excluídas do modelo resultante. Este resultado vem reforçar a conclusão de que as variáveis em conjunto (à exceção de Ansiedade Existencial) têm efeito mediador relativamente ao efeito de Percepções de Envelhecimento e sobre o Bem-Estar Psicológico. Assim sendo, parece poder concluir-se que quando uma pessoa sente que tem Apoio Social, sofre de Ansiedade e Depressão e apresenta níveis de religiosidade, a sua percepção do processo de envelhecimento tem efeito sobre o seu Bem-Estar Psicológico. Contudo, os efeitos, de cada variável para além de terem peso diferente têm também sinal contrário ao do efeito da percepção de envelhecimento. Por outras palavras, o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa é menos influenciado pela sua percepção do processo de envelhecimento quando sente ter Apoio Social, estado emocional e níveis de Religiosidade. Ou ainda, a percepção do processo de envelhecimento influencia mais negativamente o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa quando essa pessoa não tem Apoio Social, não apresenta níveis de

religiosidade e não sofre de Ansiedade e Depressão. Estas conclusões permitem afirmar que se confirma parcialmente a hipótese formulada.

### 10.6.1 Hipótese 6 - Utilizando características Sócio-Demográficas

#### 10.6.1.1 – Grupo Etário como Discriminante

Tabela 135 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

Grupos Etários						
65 – 75 anos		Não existe relação significativa entre PE e BPE	76 – 84 anos		85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$		
PE	- 0,521		PE	- 0,627		
BEP	7,463 + €		BEP	8,900 + €		
$R^2 = 27,2\%$			$R^2 = 39,3\%$			

Tabela 136 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

Grupos Etários					
65 – 75 anos		76 – 84 anos		85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
ASP	0,611	ASP	0,607	ASP	0,463
PE	- 0,286	EE	0,353	IR	0,439
BEP	3,068 + €	BEP	0,075	PE	- 0,415
				BEP	2,284+ €
<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial e Estado Emocional		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial e Estado Emocional		<u>Variáveis Excluídas:</u> Ansiedade Existencial e Estado Emocional	
$R^2 = 58,4\%$		$R^2 = 60,4\%$		$R^2 = 75,8\%$	

Tabela 137 - Utilizando o grupo etário como discriminante, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

Grupos Etários					
65 – 75 anos		76 – 84 anos		85 – 99 anos	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
ASP	0,569	APS	0,607	APS	0,458
PE	- 0,383	EE	0,353	IR	0,877

			(PE x IR)	0,623
(PE x EE)	0,191			
BEP	3,288 + €	BEP	2,948 + €	BEP
				6,750 + €
<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial, Estado Emocional e as Interações (PE x IR) + (PE x AE) + (PE x APS)		<u>Variáveis Excluídas:</u> Percepções de Envelhecimento e Interação entre EE e PE		<u>Variáveis Excluídas:</u> Ansiedade Existencial, Percepções de Envelhecimento, Estado Emocional e as Interações (PE x AE) + (PE x APS) + (PE x EE)
R <sup>2</sup> = 61,2%		R <sup>2</sup> = 60,04		R <sup>2</sup> = 77,2%

A idade parece ter algum efeito discriminante relativamente à intervenção de IR, AE, ASP e EE. Isto é, pode dizer-se que nos subgrupos definidos pelos grupos de idades considerados, o efeito da intervenção do conjunto das variáveis IR, AE, ASP e EE, na relação de PE com BEP varia entre grupos. No primeiro grupo de idades verifica-se que o efeito é essencialmente de mediação mas, apenas da variável ASP, já que as outras três são excluídas do modelo resultante. Contudo, verifica-se também algum efeito moderador da variável EE, uma vez que, quando são consideradas as interações, no modelo resultante entra apenas a interação (EE x PE). Isto significa, que nas pessoas de idade compreendida entre 65 e 75 parece existir um efeito misto, isto é moderador e mediador na relação que as pessoas percebem entre a sua percepção do processo de envelhecimento e o seu estado de Bem-Estar Psicológico. Contudo, o efeito não é devido à combinação das 4 variáveis (IR, AE, ASP e EE). O efeito mediador é devido à intervenção da variável ASP enquanto o efeito de moderação parece ser devido à variável EE. Assim sendo, neste grupo de idades a combinação linear das variáveis não têm efeito aparente.

Relativamente ao grupo 2, embora não exista relação entre PE e BEP e a intervenção de IR, AE, ASP e EE, na relação QPE-BEP não seja portanto visível pode, aparentemente, dizer-se que o Apoio Social Percebido combinado com o Estado Emocional que sentem as pessoas de idades compreendidas entre 76 e 84 anos tem maior relevância na avaliação do seu estado de Bem-Estar Psicológico do que a sua percepção relativamente ao processo de envelhecimento. No terceiro subgrupo de idades (85-99 anos), a combinação do Apoio Social Percebido com a Religiosidade tem efeito mediador, na relação da percepção do processo de envelhecimento com o estado de Bem-Estar Psicológico, isto é, as pessoas avaliam o seu estado de Bem-Estar Psicológico através da percepção do processo de envelhecimento mas mediada pela combinação do Apoio Social Percebido com o seu índice de Religiosidade. No entanto, verifica-se também que o Índice de Religiosidade de uma pessoa tem efeito moderador na percepção que tem da influência do seu processo de envelhecimento no seu Bem-Estar Psicológico.

### 10.6.1.2 – Género como Discriminante

Tabela 138 - Utilizando o Género como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
PE	- 0,483	PE	-0,499
BEP	7,486 + €	BEP	7,580 + €
R <sup>2</sup> = 23,4%		R <sup>2</sup> = 24,9 %	

Tabela 139 - Utilizando o género como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
APS	0,532	APS	0,507
IR	0,302	PE	- 0,300
PE	0,288	EE	0,282
EE	0,167	BEP	3,486+ €
BEP	0,176 + €		
<u>Variável Excluída:</u> Ansiedade Existencial		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade e Ansiedade Existencial	
R <sup>2</sup> = 76,0%		R <sup>2</sup> = 55,6%	

Tabela 140 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e a Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>β</b>	<b>Variáveis</b>	<b>β</b>
APS	0,528	PE	- 0,591
IR	0,290	(PE x EE)	0,323
PE	- 0,978		
(PE x EE)	1,286	BEP	7,332 + €
EE	- 1,007		
BEP	4,411 + €		
<u>Variáveis Excluídas:</u> Ansiedade Existencial, Estado Emocional e as Interacções (PE x IR) + (PE x AE) +		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial e as Interacções (PE x IR) + (PE x AE) + (PE	

(PE x APS)	x APS) + (PE x EE)
R <sup>2</sup> = 78,3%	R <sup>2</sup> = 55,6%

O género parece discriminar o efeito da combinação das variáveis ASP, IR, AE, EE sobre a relação de PE com BEP, uma vez que no género feminino o efeito tem natureza mista (mediador/moderador) enquanto no masculino o efeito é de natureza mediadora. No entanto, o efeito não é devido à combinação de todas variáveis.

No género feminino, o efeito mediador é fundamentalmente da responsabilidade das variáveis ASP e IR, e o efeito moderador da responsabilidade da variável EE.

Isto parece significar, que as pessoas do género feminino avaliam o seu estado de Bem Estar Psicológico em função da percepção que têm do processo de envelhecimento mas esta percepção é, por um lado, mediada pelo Apoio Social Percebido combinado com o Índice de Religiosidade e, por outro, moderada pelo Estado Emocional.

No género masculino, o efeito é essencialmente de natureza mediadora uma vez que, quando se fazem entrar na regressão a combinação das interações do processo de envelhecimento com cada uma das outras variáveis (ASP, IR, AE, EE), todas elas são excluídas do modelo resultante.

Para além disso, o modelo resultante sem ou com interações é o mesmo. Mais concretamente, apenas as variáveis ASP e EE são mantidas no modelo conjuntamente com PE indicando que o efeito é essencialmente mediador. Isto parece querer indicar que as pessoas do género masculino avaliam o seu estado de Bem-Estar Psicológico em função da percepção que têm do seu processo de envelhecimento mas, esta avaliação é mediada pelo Apoio Social Percebido e estado emocional.

### 10.5.1.3 – Estado Civil como Discriminante

Tabela 141 - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

Estado Civil						
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado	Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$		Variáveis	$\beta$
PE	- 0,521	PE	- 0,423	Não relação significativa entre PE e BEP	PE	- 0,680
BEP	7,463 + €	BEP	7,161 + €		BEP	7,766 + €
R <sup>2</sup> = 65,5%		R <sup>2</sup> = 17,9%			R <sup>2</sup> = 46,2%	

Tabela 142 - Utilizando o estado civil como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

Estado Civil							
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado		Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 1,069	APS	0,537	APS	0,867	APS	0,570
APS	0,570	EE	0,243	AE	0,148	PE	- 0,437
		PE	- 0,181	IR	0,133	EE	0,200
BEP	6,523 + €	BEP	2,355 + €	EE	0,011	BEP	3,461 + €
				BEP	- 5,794		
<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial e Estado Emocional		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade e Ansiedade Existencial		<u>Variável Excluída:</u> Percepções de Envelhecimento		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade e Ansiedade Existencial	
$R^2 = 91,2\%$		$R^2 = 52,2\%$		$R^2 = 100,0\%$		$R^2 = 84,4\%$	

Tabela 143 - Utilizando o grupo etário como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

Estado Civil							
Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado		Viúvo	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
(PE x IR)	- 2,242	ASP	0,593	ASP	0,884	ASP	1,163
EE	- 1,514	EE	0,280	AE	0,143	(PE x ASP)	0,471
(PE x AE)	1,051	(PE x AE)	- 0,188	IR	0,137		
PE	0,306	BEP	1,970 + €	(PE x ASP)	- 0,010	BEP	1,078 + €
BEP	15,289 + €			BEP	- 5,701		
<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social Percebido e Interações entre (PE x ASP) e (PE x EE)		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial, Percepções de Envelhecimento e Estado Emocional e Interações entre (PE x IR), (PE x ASP)		<u>Variáveis Excluídas:</u> Apoio Social Percebido, Percepções de Envelhecimento e Interações entre (PE x IR), (PE x AE) e (PE x EE)		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial, Estado Emocional, Percepções de Envelhecimento e Interações entre (PE x IR), (PE x AE) e (PE x EE)	
$R^2 = 100,0\%$		$R^2 = 52,8\%$		$R^2 = 100,0\%$		$R^2 = 81,0\%$	

O estado civil parece discriminar o efeito da combinação das variáveis ASP, IR, AE e EE na relação entre a percepção de PE e BEP uma vez que os resultados obtidos diferem de situação para situação como é visível no quadro de resultados para cada um dos estados civis. Aliás, o efeito discriminante, varia em função da categoria do estado civil não só em termos das variáveis intervenientes como em termos da natureza do efeito.

No grupo das pessoas solteiras verifica-se que o efeito das variáveis na relação da percepção do processo de envelhecimento com o Bem-Estar Psicológico é essencialmente de natureza moderadora devido fundamentalmente às interações de PE com o IR e com QAE. Isto parece significar que as pessoas solteiras avaliam o seu estado de Bem-Estar Psicológico em função da percepção que têm do seu processo de envelhecimento mas essa percepção é moderada pela influência (interacção) do seu Índice de Religiosidade e do seu estado de Ansiedade Existencial. No grupo das pessoas casadas, o efeito da combinação das 4 variáveis (ou melhor de duas, pois IR e AE são excluídas do modelo resultante) é essencialmente de natureza mediadora. O valor explicativo de PE relativamente a BEP (quando PE entra na regressão isoladamente), diminui consideravelmente quando entram na regressão as variáveis ASP e EE. Por outro lado, quando se consideram na regressão as interações das 4 variáveis com PE, verifica-se existir também algum efeito de moderação na relação de PE com BEP essencialmente devido à interacção de PE com AE. Isto significa que as pessoas casadas avaliam do Bem-Estar Psicológico em função da percepção que têm do processo de envelhecimento mas essa avaliação é, por um lado, essencialmente mediada pela combinação do Apoio Social Percebido e com o Estado Emocional e, por outro, pela moderação do estado de Ansiedade Existencial.

No grupo das pessoas divorciadas, o efeito da combinação das 4 variáveis na relação da percepção do processo de envelhecimento com a percepção do Bem-Estar Psicológico BEP não é visível devido ao facto de PE não ter relação significativa com BEP. Contudo, a existir qualquer efeito de PE sobre BEP, o mesmo seria totalmente absorvido pela combinação linear de IR, ASP, AE e EE. Isto significaria que a combinação da destas variáveis teria um efeito na relação de PE com BPE de natureza totalmente mediadora. De facto, verifica-se que a combinação linear das 4 variáveis explica 100% da variabilidade de BEP. Quer isto dizer, que as pessoas divorciadas não avaliam o Bem-Estar psicológico em função da percepção que têm do seu processo de envelhecimento. Antes, avaliam o seu Bem-Estar Psicológico em função da sua religiosidade combinada com o apoio social percebido e com o estado de ansiedade existencial e de ansiedade e depressão em geral. De referir ainda que o apoio social percebido parece ter, para além do efeito mediador, algum efeito moderador na relação de PE com BEP embora seja diminuto.

No grupo das pessoas viúvas, o efeito da combinação das 4 variáveis na relação da percepção do processo de envelhecimento com a percepção do Bem-Estar Psicológico pode dizer-se que é misto já que se verifica efeito mediador de ASP e de EE e efeito moderador de ASP. Contudo o efeito moderador do apoio social percebido parece ter menor intensidade do que o efeito mediador já que no modelo resultante em que entra a interacção de (PE x ASP), o valor explicativo global do modelo é mais baixo ( $R^2 = 81,0\%$ ) do que o valor explicativo global do modelo em que não entra a referida interacção. Isto poderá querer dizer que as pessoas viúvas avaliam o seu estado de Bem-Estar Psicológico em função da percepção que têm do seu processo de envelhecimento, essencialmente mediado

pelo apoio social percebido combinado com o seu estado de ansiedade e depressão e ainda moderado (de forma menos intensa) pelo apoio social percebido.

#### 10.6.1.4 – Habilitações Literárias como Discriminante

Tabela 144 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, sem intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

Habilitações Literárias									
1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$			Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
PE	- 0,517	Não relação significativa entre PE e BEP		PE	- 0,738	PE	- 0,990	PE	- 0,966
BEP	7,610 + €			BEP	9,988 + €	BEP	- 1,656 + €	BEP	17,1622 + €
$R^2 = 26,7\%$				$R^2 = 54,4\%$		$R^2 = 98,0\%$		$R^2 = 93,2\%$	

Tabela 145 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

Habilitações Literárias									
1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
ASP	0,454	ASP	0,952	IR	1,809	PE	0,979	AE	1,462
PE	0,292			ASP	1,356			PE	3,493
EE	0,312			EE	- 1,643	IR	- 0,143	BEP	- 2,688 + €
BEP	2,824 +€	BEP	0,707	BEP	- 3,044 +€				
<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade e Ansiedade Existencial		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial, Estado Emocional e Percepções de Envelhecimento		<u>Variável Excluída:</u> Percepções de Envelhecimento		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial e Estado Emocional		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Estado Emocional e Percepções de Envelhecimento	
$R^2 = 63,6\%$		$R^2 = 90,5\%$		$R^2 = 77,1\%$		$R^2 = 100\%$		$R^2 = 100\%$	

Tabela 146 - Utilizando as Habilitações Literárias como discriminante da amostra, com intervenção da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional e da interacção entre as percepções de Envelhecimento e da Religiosidade, Ansiedade Existencial, Apoio Social e o Estado Emocional

Habilitações Literárias									
1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino Superior	
Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$	Variáveis	$\beta$
ASP	0,454	ASP	0,952	IR	1,586	(PE x ASP)	1,379	AE	1,426
PE	0,292			(PE x AE)	- 1,279				

EE	0,312	BEP	0,707	EE	- 1,480	ASP	- 0,385	EE	- 0,432
BEP	2,824 +€			AE	- 0,168	BEP	-2,896 + €	BEP	-79,139+ €
				BEP	20,264 +€				
<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial e as Interações entre as (PE x IR), (PE x AE), (PE x ASP) e (PE x EE)		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial, Estado Emocional, Percepções de Envelhecimento e as Interações entre as (PE x IR), (PE x AE), (PE x ASP) e (PE x EE)		<u>Variáveis Excluídas:</u> Apoio Social Percebido, Percepções de Envelhecimento e as Interações entre as (PE x IR), (PE x ASP) e (PE x EE)		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Ansiedade Existencial, Estado Emocional, Percepções de Envelhecimento e as Interações entre as (PE x IR), (PE x AE) e (PE x EE)		<u>Variáveis Excluídas:</u> Índice de Religiosidade, Apoio Social Percebido, Percepções de Envelhecimento e as Interações entre as (PE x IR), (PE x AE), (PE x ASP) e (PE x EE)	
R <sup>2</sup> = 63,6%		R <sup>2</sup> = 90,5%		R <sup>2</sup> = 77,1%		R <sup>2</sup> = 100%		R <sup>2</sup> = 100%	

O nível de habilitações literárias parece discriminar o efeito da combinação das variáveis ASP, IR, AE e EE na relação entre a percepção de PE e BEP, uma vez que os resultados obtidos diferem de situação para situação para cada nível de habilitações. O efeito discriminante, varia em função do nível de habilitação não só em termos das variáveis intervenientes como em termos da natureza do efeito. Nas pessoas com o 1º ciclo de habilitações literárias verifica-se que o efeito da combinação linear das 4 variáveis (ASP, IR, AE e EE) na relação de PE com BEP tem a natureza totalmente mediadora. Deve contudo referir-se, que as variáveis IR e AE foram excluídas do modelo resultante e, como tal, neste nível de habilitações só se verifica efeito combinado de duas variáveis (ASP e EE).

Por outro lado, a entrada das interações das 4 variáveis com PE, verificou-se que o modelo resultante é o mesmo que se obteve quando a regressão foi efectuada apenas com as variáveis sem as respectivas interações. Este facto vem reforçar o papel mediador do apoio social percebido combinado com o estado de ansiedade e depressão no efeito da percepção do processo de envelhecimento no Bem-Estar Social das pessoas que possuem o 1º ciclo de habilitações literárias. No grupo de pessoas com o 2º ciclo de habilitações literárias verifica-se que o efeito da combinação linear das 4 variáveis (ASP, IR, AE e EE) na relação de PE com BEP é inconclusivo uma vez que PE não tem relação significativa com BEP. Por outro lado, relativamente à combinação linear das variáveis verifica-se que ela não existe em termos de efeito, uma vez que apenas o apoio social percebido foi incluído no modelo resultante quando tinham sido consideradas as 4 variáveis na regressão. Verifica-se ainda que o modelo resultante após a inclusão na regressão de todas as variáveis e as respectivas interações com PE é exactamente o mesmo que foi obtido na análise em que se tinham considerado apenas a combinação das 4 variáveis sem as interações. Assim sendo, pode dizer-se que as pessoas com este nível habilitacional avaliam o seu Bem-Estar Psicológico apenas em função do apoio social percebido. De facto, não só a interferência da combinação das 4 variáveis na relação entre PE e BEP é inconclusiva por não existir relação significativa entre a percepção do processo de envelhecimento e o Bem-Estar psicológico como ainda não se verifica efeito combinado das variáveis quando consideradas isoladamente nem quando consideradas com as respectivas interações com PE.

No grupo de pessoas com o 3º ciclo de habilitações literárias verifica-se um efeito elevado de natureza mediadora da combinação linear das 4 variáveis na relação de PE com

BEP. De facto, as pessoas com este nível habilitacional avaliam o seu estado de Bem-Estar Psicológico em função do processo de envelhecimento mas essa avaliação é totalmente mediada pelo efeito combinado da sua religiosidade com o apoio social percebido e com o seu estado emocional e ainda com o nível de ansiedade existencial que sentem. Por outro lado, verifica-se também algum efeito moderador do estado de ansiedade existencial que parece sobrepor-se ao efeito mediador do apoio social percebido anteriormente identificado como parte da combinação linear das 4 percepções consideradas. No grupo de pessoas com o nível secundário verifica-se que não existe efeito mediador ou moderador da combinação linear das 4 variáveis na relação de PE com BEP. Ou melhor, apenas o IR tem uma pequena interferência de natureza mediadora e ASP tem um efeito moderador na relação de PE com BEP. Assim sendo, parece poder concluir-se que as pessoas habilitadas com o nível secundário avaliam o Bem-Estar Psicológico essencialmente em função da percepção que têm do seu processo de envelhecimento com uma baixa interferência mediadora do seu nível de religiosidade e moderadora do apoio social que percebem ter.

No grupo de pessoas habilitadas com o ensino superior verifica-se o efeito combinado de natureza totalmente mediadora de apenas duas variáveis (AE e EE) na relação de QPE com BEP. De facto, o modelo resultante saído da análise de regressão com a combinação das 4 variáveis com e sem as respectivas interacções com PE é exactamente o mesmo. Assim sendo, pode dizer-se que as pessoas com este nível habilitacional avaliam o Bem-Estar Psicológico em função da percepção do processo de envelhecimento mas, essa avaliação é totalmente mediada pelo efeito combinado dos estados de ansiedade existencial e estado emocional. Deve contudo referir-se que as variáveis IR e AE foram excluídas do modelo resultante e, como tal, neste nível de habilitações só se verifica efeito combinado de duas variáveis (ASP e EE). Por outro lado, quando se fizeram entrar na regressão as interacções das 4 variáveis com PE, verificou-se que o modelo resultante é o mesmo que se obteve quando a regressão foi efectuada apenas com as variáveis sem as respectivas interacções. Este facto vem reforçar o papel mediador do apoio social percebido combinado com o estado Emocional no efeito da percepção do processo de envelhecimento no estado de Bem-Estar Social das pessoas que possuem o 1º ciclo de habilitações literárias.

## C. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com a referência dos resultados, é necessária a sua discussão e análise mais cuidada, tendo sempre como referência o corpo teórico desenvolvido no primeiro capítulo.

Seguindo a ordem do estudo, a investigação incidirá em todos os resultados anteriormente apresentados.

### 11. Análise quanto á caracterização sócio-demográfica da amostra

Os participantes não foram aleatoriamente escolhidos, pois para além da idade, existem outras variáveis que avaliar. É importante a avaliação de demências, as quais se caracterizam por deficits em diversas funções cognitivas, considera-se importante pois estas patologias afectam a linguagem, as funções visuoespaciais, visuoespaciais e visuognósticas. Também há perdas práxicas, gnósticas, ao nível do cálculo, assim como perturbações do pensamento abstracto, do julgamento, do raciocínio e das funções de execução. A capacidade de percepção pode ser afectada, (Chertkow et al., 2008) o que inviabiliza a participação no estudo).

Estudos recentes mostram que muitos tipos de demência são precedidos de uma fase de declínio cognitivo leve. Havendo que salientar a clara diferença entre comprometimento cognitivo leve de comprometimento cognitivo em demência. Indivíduos diagnosticados com este ultimo tipo de comprometimento devem ser muito bem acompanhados, pois existem fortes evidências de desenvolver demência (Chertkow et al., 2008). Em termos demográficos, as estatísticas nacionais mostram-nos que na sua maioria, (58,2%) dos idosos são mulheres, e de facto ao analisar a amostra em termos de género, existe uma quase sobreposição, pois a mostra é constituída por 58,3% de mulheres, face a 46,2% de homens.

Nos grupos etários, a maioria da amostra reporta-nos para o grupo com idades entre os 65 e os 75 anos. Existindo uma idade média de 77, 21%. Este valor pode levar-nos a tirar algumas conclusões, pois é muito próximo do valor da esperança de vida. No Alentejo é onde se regista a menor esperança de vida aos 65 anos, para ambos os sexos é, sendo esta de 77,92 (INE, 2008). Quanto ao estado civil a maioria dos participantes é casado e vive com o cônjuge ou então é viúvo. Em termos de escolaridade existe um certo desnível, 54,6%, apresentam o 1º ciclo. Em 2001, a taxa de analfabetismo era de 17% no Alentejo e correspondia na maioria, a idosos. No entanto é preciso salientar que o analfabetismo assume, contornos conceptuais, que deixam evidente a existência de formas alternativas de aprendizagem e de entendimento do mundo.

Em termos de situação laboral, a quase totalidade da amostra encontra-se reformada, cerca de 91,5%, o que poderá remeter-nos para uma menor actividade, o que é importante, pois um dos objectivos deste estudo foca-se no envelhecimento activo. Por isso é importante este dado.

## 12. Análise quanto à caracterização das variáveis relacionais subjectivas

Este estudo contou com a vários instrumentos, na tentativa de abranger a multidimensionalidade, tanto do Envelhecimento como das variáveis associadas a este. Alguns destes, ainda não estão aferidos para a população portuguesa, o que poderá ser uma das causas para alguns resultados menos aceitáveis estatisticamente.

Aqueles que já foram alvo de aferição na população portuguesa, boas características psicométricas. Contudo, optou-se por analisar as características psicométricas de todos instrumentos utilizados no estudo, pois permitirá comparações entre ambos..

O *Questionário das Percepções de Envelhecimento* apresenta uma boa consistência interna, contudo é possível salientar duas subescalas que apresentam valores que se encontram abaixo que é estatisticamente aceite – Duração Crónica positiva, Consequências Internas negativas.

A *Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida* apresenta uma boa consistência interna em termos da escala global, mas apresenta algumas as subescalas apresenta resultados menos aceitáveis, nomeadamente, a autonomia e relações interpessoais. O estudo original, não apresenta valores de alphas muito elevados, excepção apenas para o valor da escala total, mas estes correspondem à versão completa, uma vez que não foi possível aceder ao artigo de validação da versão reduzida.

O *Questionário de Estado de Saúde* de uma forma global verificamos que o estudo o, não apresenta valores de alphas para os índices e verificamos uma grande diferença entre as duas componentes, no nomeadamente o valor da componente sumária Física que é muito baixo. Estes valores de comparação correspondem à versão completa, uma vez que não foi possível aceder ao artigo de validação da versão reduzida.

A *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* apresenta neste estudo uma boa consistência interna, tanto na escala global como nas subescalas.

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 bom do ponto de vista psicométrico. Relativamente às subescalas, verificou-se valores de consistência interna mais baixos nas dimensões Psicoticismo, Ansiedade e Hostilidade.

Na *Escala de Provisões Sociais*, os valores de consistência interna são bastante aceitáveis do ponto de vista psicométrico. Quanto às subescalas, verificamos que a reafirmação do valor e vinculação, apresentam valores pouco aceitáveis.

No *Questionário de Ansiedade Existencial*, os valores encontram-se a um nível pouco aceitáveis, tanto na escala global, como nas várias dimensões, podendo se explicar pelo facto deste instrumento não estar aferido para a população Portuguesa.

No *Índice de Religiosidade de Duke*, os valores da consistência interna são muito bons, considerando que este é um instrumento com poucos itens.

Na quase globalidade, os instrumentos utilizados mostram que são instrumentos válidos e fiáveis e passíveis de serem administrados mas como esta é uma amostra constituída de forma reservada, é necessário existirem alguns cuidados, quanto, à generalização dos resultados. Os valores menos aceitáveis podem também ser explicados com o facto de se estar a utilizar amostras algo reduzidas e pelo efeito da desejabilidade social. Participantes assinalam 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).

## **9. Conclusões através da Análise por Hipóteses**

### **13.1 Hipótese 1**

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

Isto é, quanto maior forem os indicadores de Sintomas PsicoPatológicos e as Percepções de Envelhecimento (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 de Sintomas Psicopatológicos e da sua percepção relativamente ao seu envelhecimento. Mais concretamente, quando uma pessoa verifica, sente ou está convencida que os seus Sintomas psicopatológicos aumentam assim como aumenta a sua percepção (e preocupação) quanto ao seu estado de envelhecimento, o seu Bem-Estar Psicológico diminui. Sem dúvida alguma a percepção de envelhecimento influencia o estado de Bem-Estar Psicológico percebido pela pessoa. Isto vem de encontro que afirma Neri (2003), o bem-estar subjectivo e a visualização envelhecimento como satisfatório são termos equivalentes e dependem do equilíbrio entre as potencialidades do indivíduo e das suas limitações, e fornecem base para lidar com as perdas inevitáveis provenientes do envelhecimento, e os problemas que possam ser causados.

A percepção do estado de saúde, embora parcialmente, também contribui para o Bem-Estar Psicológico. O bem-estar nos idosos, depende dos aspectos de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural, assim como, da saúde física e saúde psicológica (Neri, 2003).

O facto de a percepção de envelhecimento ter sido excluída do modelo resultante da regressão no grupo intermédio de idades, parece mostrar que as pessoas de idade parecem não atribuir importância ao processo de envelhecimento como factor que poderá influenciar o seu Bem-Estar Psicológico. Este grupo avalia o seu estado de Bem-Estar Psicológico através das contribuições combinadas da percepção dos Sintomas Psicopatológicos e do Estado de Saúde Percebido em que a percepção do seu BEP é tanto mais elevado quanto mais baixas forem os sintomas e o estado de saúde negativo a ele associados.

Por outro lado, com o avançar da idade, a percepção que as pessoas têm do seu Bem-Estar Psicológico é melhor estimado com a contribuição da percepção que têm do seu Estado de Saúde Percebido do que com contribuição da percepção que têm dos Sintomas Psicopatológicos que sentem. Pelo contrário, nas pessoas mais novas, a percepção que as pessoas têm do seu Bem-Estar Psicológico é melhor estimado pela percepção dos seus Sintomas Psicopatológicos, combinado com a percepção que têm do seu processo de envelhecimento. As pessoas de idade mais avançada avaliam, o seu Bem-Estar Psicológico

fundamentalmente, em função da percepção que têm do seu processo de envelhecimento combinado com a percepção do seu estado de saúde.

Os resultados apontam para o facto de as pessoas do género masculino seguirem aproximadamente o modelo global em que o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa é parcialmente previsível a partir da combinação linear das percepções dos Sintomas Psicopatológicos com a percepção do seu processo de envelhecimento enquanto nas pessoas do género feminino é suficiente a percepção dos Sintomas Psicopatológicos. Ou melhor, as mulheres dão mais importância à percepção dos sintomas do que à percepção do seu processo de envelhecimento para avaliar o seu estado de Bem-Estar Psicológico.

Por outro lado, o facto de os homens darem alguma importância à sua percepção do processo de envelhecimento ( $\beta = - 0,300$ ) para avaliar o seu estado de Bem-Estar Psicológico implica aparentemente que dêem menor importância à percepção dos sintomas ( $\beta = - 0,448$ ) comparativamente à importância atribuída pelas mulheres ( $\beta = - 0,739$ ).

De referir ainda que a percepção dos sintomas tanto nos homens como nas mulheres influencia negativamente a percepção do seu Bem-Estar Psicológico e, no caso dos homens, também a percepção do processo de envelhecimento dá contributo negativo para a percepção do seu estado de Bem-Estar Psicológico.

A condição do seu estado civil parece discriminar de forma evidente a relevância que as pessoas dão a determinados indicadores (em detrimento de outros) para avaliar o seu estado de Bem-Estar Psicológico. À excepção das pessoas viúvas, todos os outros grupos de pessoas avaliam o seu estado de Bem-Estar Psicológico com o recurso a apenas um indicador. Não é possível através deste estudo identificar as razões para este facto. Apenas para as pessoas divorciadas, se poderia dizer que parece não ser necessário qualquer outra informação, dado que a percepção dos Sintomas Psicopatológicos explicam quase 100% do seu Bem-Estar Psicológico ( $R^2 = 99,4\%$ ). Tanto as pessoas casadas como as pessoas divorciadas avaliam o seu Bem-Estar Psicológico fundamentalmente com base nas suas percepções relacionadas com os Sintomas Psicopatológicos. Contudo, são as pessoas divorciadas que maior relevância dá aos sintomas uma vez que, de acordo com os resultados, conseguem avaliar quase 100% do seu estado de Bem-Estar Psicológico com base apenas nos sintomas que sentem. Em qualquer dos casos, no entanto, quanto mais elevada for a percepção dos Sintomas Psicopatológicos mais baixo será o estado de Bem-Estar Psicológico percebido.

Como acima referido, as pessoas viúvas estimam o seu estado de Bem-Estar Psicológico com recurso aos três índices considerados, pela ordem de importância que se segue: (1) percepção do processo de envelhecimento (PE:  $\beta = - 0,633$ ); (2) percepção do seu estado geral de saúde (ESP:  $\beta = + 0,420$ ); e (3) percepção dos sintomas (SP:  $\beta = - 0,190$ ). Poder-se-á especular que as pessoas viúvas, mercê da sua experiência, consideram que o seu Bem-Estar Psicológico só poderá ser melhor percebido (ou estimado) quando se tomam em consideração os três tipos de indicadores (percepções). É uma pergunta a que o

presente não pode dar resposta mas que seria interessante considerar para futuras pesquisas.

### **13.2 Hipótese 2**

A Ansiedade Existencial tem efeito mediador sobre o contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico.

Por outras palavras, o estado de Ansiedade Existencial contribui de forma decisiva e significativa para que uma pessoa percepcione o seu processo de envelhecimento como factor relevante na diminuição do seu Bem-Estar Psicológico. Quer isto dizer que, quanto maior for o estado de Ansiedade Existencial sentido por uma pessoa, mais essa pessoa considera que o seu Bem-Estar Psicológico está a ser negativamente afectado pelo seu processo de envelhecimento.

A idade tem efeito discriminante relativamente ao efeito que a variável AE parece ter sobre a relação da percepção do processo de envelhecimento com o Bem-Estar Psicológico que as pessoas percepcionam devido fundamentalmente ao facto de no grupo de idades intermédias (85 - 99 anos) não se detectar qualquer relação significativa de cada das variáveis com o Bem-Estar Psicológico.

No grupo de idades mais baixas (65 – 75 anos), a Ansiedade Existencial percebida parece ter essencialmente efeito misto de moderadora-mediadora sobre o contributo explicativo da percepção do processo de envelhecimento na variação de BEP. Por outras palavras, a Ansiedade Existencial percebida contribui de forma decisiva e significativa para que uma pessoa com idade compreendida entre 65 – 75 anos, percepcione o seu processo de envelhecimento como factor relevante para o seu Bem-Estar Psicológico.

Por outro lado, uma pessoa com idade compreendida entre 76 – 84 anos (grupo 2) parece não dar qualquer valor ao processo de envelhecimento na sua relação com o BEP mesmo quando se apercebe que está num estado de Ansiedade Existencial. A razão pela qual isto sucede não é aparente através desta análise. Para aprofundar esta questão seria necessário realizar outro tipo de análises que estão fora do âmbito desta investigação. Pode assim dizer-se que para as pessoas deste grupo de idades, a percepção da Ansiedade Existencial não tem efeito aparente relativamente ao papel da percepção do processo de envelhecimento relativamente ao estado de Bem-Estar Psicológico.

No terceiro grupo de idades (85 – 99 anos), o papel da Ansiedade Existencial é similar ao que tem no grupo de idades mais baixas. Assim sendo, pode dizer-se que o efeito de AE sobre a relação de PE com BEP tem a natureza mista de mediadora-moderadora. Deve ainda fazer notar-se que o poder explicativo global do modelo é mais elevado neste grupo de idades do que nos outros grupos. De acordo com os valores de  $\beta$  parece poder concluir-se que o efeito mediador-moderador da Ansiedade Existencial aumenta com idade. Esta leitura deve, no entanto, tomar-se sob reserva face ao facto de no grupo 2 (intermédio)

de idades (76-84 anos) o efeito ser inconclusivo devido, provavelmente, à razão de não existir qualquer relação entre a percepção do processo de envelhecimento e o estado de Bem-Estar Psicológico.

O género tem efeito discriminante relativamente ao efeito da Ansiedade Existencial sobre a forma como a percepção do processo de envelhecimento influencia a percepção do Bem-Estar Psicológico;

Nas pessoas do género feminino, a Ansiedade Existencial percebida tem, aparentemente, efeito mediador-moderador sobre a forma como a percepção do processo de envelhecimento poderá influenciar o seu Bem-Estar Psicológico. Nas pessoas do género masculino, a Ansiedade Existencial percebida não tem, aparentemente, qualquer efeito mediador ou moderador sobre a forma como a percepção do processo de envelhecimento influencia o seu Bem-Estar Psicológico (BEP)

O estado civil tem efeito discriminante relativamente à forma como a Ansiedade Existencial influencia a relação da percepção do processo de envelhecimento com a percepção do Bem-Estar Psicológico. Nas pessoas solteiras e casadas, a Ansiedade Existencial não tem, aparentemente, qualquer efeito mediador e/ou moderador sobre a forma como a percepção do processo de envelhecimento poderá influenciar o seu Bem-Estar Psicológico.

Nas pessoas divorciadas, o papel da Ansiedade Existencial é inconclusivo uma vez que não existe qualquer relação significativa de qualquer das variáveis com o BEP. Nas pessoas viúvas, a Ansiedade Existencial tem, aparentemente, efeito mediador-moderador sobre a forma como a percepção do processo de envelhecimento poderá influenciar o seu Bem-Estar Psicológico. O nível de habilitações tem efeito discriminante relativamente à forma como a percepção do processo de envelhecimento influencia a percepção do Bem-Estar Psicológico. O estado de Ansiedade Existencial tem papel essencialmente de mediação entre a relação do processo de envelhecimento com o estado de Bem-Estar Psicológico quer nas pessoas com habilitações ao nível do 1º Ciclo de Ensino Básico como nas pessoas habilitadas com o Ensino Superior.

O estado de Ansiedade Existencial tem papel mediador-moderador entre a relação do processo de envelhecimento com o estado de Bem-Estar Psicológico nas pessoas habilitadas com o Ensino Secundário. O estado de Ansiedade Existencial aparentemente não exerce qualquer papel de mediação e/ou de moderação nas pessoas habilitadas como os 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico.

### **13.3 Hipótese 3**

O Índice de Religiosidade tem efeito mediador sobre o contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico.

Por outras palavras, o valor do Índice de Religiosidade contribui de forma decisiva e significativa para que uma pessoa percepcione o seu processo de envelhecimento como factor relevante na diminuição do seu Bem-Estar Psicológico. Quer isto dizer que, quanto mais religiosa for uma pessoa, mais essa pessoa considera que o seu Bem-Estar Psicológico está a ser negativamente afectado pelo seu processo de envelhecimento.

Parece poder concluir-se que a idade tem efeito discriminante relativamente ao efeito que a variável IR parece ter sobre a relação da percepção do processo de envelhecimento (QPE) com o Bem-Estar Psicológico. De facto nos dois primeiros grupos de idade o Índice de Religiosidade não provoca qualquer alteração na relação de PE com BEP. Contudo, no terceiro grupo de idades, o IR parece assumir papel mediador entre a relação da percepção do processo de envelhecimento com o Bem-Estar Psicológico.

O género tem efeito discriminante relativamente ao efeito da Religiosidade sobre a forma como a percepção do processo de envelhecimento influencia a percepção do Bem-Estar Psicológico. Nas pessoas do género feminino, a Religiosidade sentida tem, aparentemente, efeito moderador sobre a forma como a percepção do processo de envelhecimento poderá influenciar o seu Bem-Estar Psicológico.

Nas pessoas do género masculino, a Religiosidade sentida não tem, aparentemente, qualquer efeito mediador ou moderador sobre a forma como a percepção do processo de envelhecimento influencia o seu Bem-Estar Psicológico.

O estado civil tem efeito discriminante relativamente à forma como a Religiosidade influencia a relação da percepção do processo de envelhecimento com a percepção do Bem-Estar Psicológico. Nas pessoas solteiras, a Religiosidade tem, aparentemente, efeito mediador, embora de valor ligeiro, sobre a forma como a percepção do processo de envelhecimento poderá influenciar o seu Bem-Estar Psicológico. Nas pessoas casadas, a Religiosidade tem, aparentemente, efeito mediador e/ou moderador sobre a forma como a percepção do processo de envelhecimento poderá influenciar o seu Bem-Estar Psicológico. Contudo, deve referir-se que os resultados apontem para o facto de o efeito moderador apresentar alguma supremacia sobre o efeito mediador. Nas pessoas divorciadas, o papel da Religiosidade é inconclusivo uma vez que não existe qualquer relação significativa de qualquer das variáveis com o BEP. Nas pessoas viúvas, a Religiosidade não tem, aparentemente, qualquer efeito mediador e/ou moderador sobre a forma como a percepção do processo de envelhecimento poderá influenciar o seu Bem-Estar Psicológico. O nível de habilitações tem efeito discriminante relativamente à forma como a percepção do processo de envelhecimento influencia a percepção do Bem-Estar Psicológico. A Religiosidade tem papel essencialmente de mediação entre a relação do processo de envelhecimento com o estado de Bem-Estar Psicológico quer nas pessoas com habilitações ao nível do 3º Ciclo de Ensino Básico como nas pessoas habilitadas com o Ensino Secundário e Superior. A Religiosidade tem papel essencialmente de moderação entre a relação do processo de envelhecimento com o estado de Bem-Estar Psicológico quer nas pessoas com habilitações

ao nível do 1º Ciclo de Ensino Básico. De referir que nas pessoas habilitadas com o 2º Ciclo do Ensino Básico, a Religiosidade aparentemente não exerce qualquer papel de variável mediadora e/ou moderadora.

#### **13.4 Hipótese 4**

O contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico é mediado pelo Apoio Social Percebido.

Quando uma pessoa sente que tem Apoio Social, a sua percepção do processo de envelhecimento tem menor efeito sobre o seu Bem-Estar Psicológico. Ou, por outras palavras, o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa é menos influenciado pela sua percepção do processo de envelhecimento quando sente ter Apoio Social. Ou ainda, a percepção do processo de envelhecimento influencia mais negativamente o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa quando essa pessoa não tem Apoio Social. Considerando-se a importância de se conhecer as estruturas e os processos sociais e as relações sociais e de apoio em nos idosos.

Independentemente da idade, quando uma pessoa sente que tem Apoio Social, a sua percepção do processo de envelhecimento tem menor efeito sobre o seu Bem-Estar Psicológico. Ou, por outras palavras, o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa é menos influenciado pela sua percepção do processo de envelhecimento quando sente ter Apoio Social. Ou ainda, a percepção do processo de envelhecimento influencia mais negativamente o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa quando essa pessoa não tem Apoio Social. O estado civil não tem efeito discriminante relativamente à forma como o Apoio Social percebido influencia a relação da percepção do processo de envelhecimento com a percepção do Bem-Estar Psicológico. O nível de habilitações tem efeito discriminante relativamente à forma como a percepção do processo de envelhecimento influencia a percepção do Bem-Estar Psicológico. O Apoio Social percebido tem papel essencialmente de mediação entre a relação do processo de envelhecimento com o estado de Bem-Estar Psicológico nas pessoas de todos os níveis de habilitações excepto nas pessoas com habilitações ao nível do 3º Ciclo de Ensino Básico.

#### **13.5 Hipótese 5**

O contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico é mediado pelo Estado Emocional.

O estado Emocional contribui de forma decisiva e significativa para que uma pessoa considere que o seu processo de envelhecimento diminui o seu Bem-Estar Psicológico. Assim, a saúde mental sendo um dos elementos na questão da promoção da saúde do idoso e suas interacções com a saúde física exercem influência dinâmica no envelhecimento

bem-sucedido. Emoções positivas conduzem as pessoas à tendência de comportamentos saudáveis, maior capacidade de busca de suporte social e ainda efeitos directos na saúde física. Estado emocional vai se transformar num bem-estar emocional, associado ao sentimento de felicidade. Emoções positivas actuam como factores de protecção de maior significância em relação ao risco de afectos negativos. As emoções positivas vivenciadas ao longo da vida até a velhice ajudam na manutenção da saúde física e cognitiva e no alcance da velhice bem-sucedida

Assim sendo, parece poder concluir-se que o efeito do estado de Ansiedade e Depressão em que as pessoas estão influencia de forma diferente, em função da idade, o efeito que a percepção do processo de envelhecimento possa ter na avaliação do seu Bem-Estar Psicológico. Parece visível que o estado civil divide o grupo em dois subgrupos: (1) solteiros + divorciados; (2) casados + viúvos, isto é, tem efeito discriminante, entre esses dois subgrupos, relativamente à forma como o Estado Emocional percebida influencia a relação da percepção do processo de envelhecimento com a percepção do Bem-Estar Psicológico. O nível de habilitações não tem efeito discriminante relativamente à forma como a percepção do processo de envelhecimento influencia a percepção do Bem-Estar Psicológico. O Estado Emocional percebido tem um papel essencialmente de mediação entre a relação do processo de envelhecimento com o estado de Bem-Estar Psicológico nas pessoas de todos os níveis de habilitações, embora, se deva referir que, nas pessoas com habilitações ao nível do 2º Ciclo de Ensino Básico, o efeito não é visível.

### **13.6 Hipótese 6**

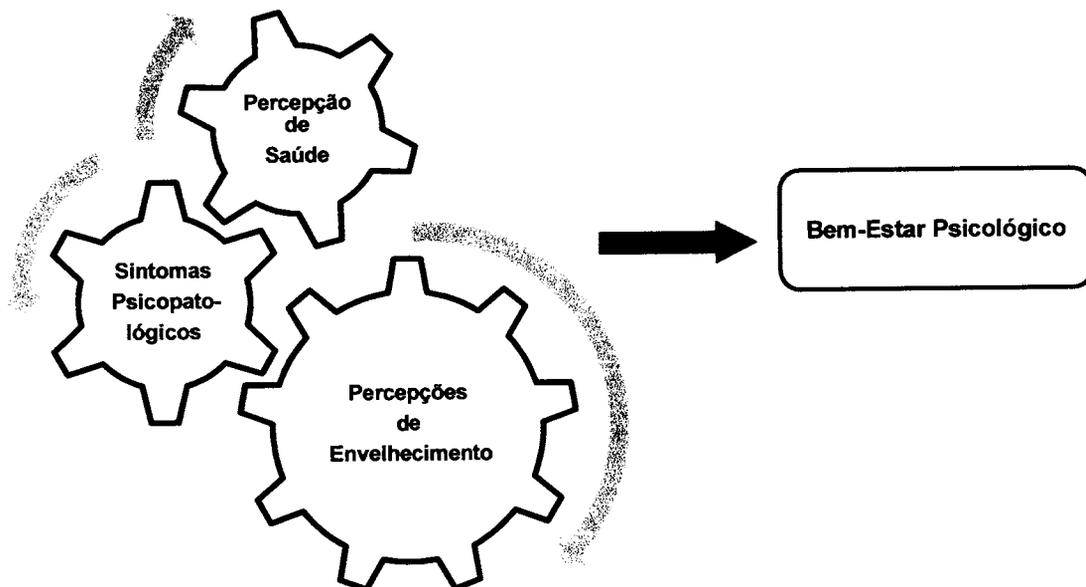
O Índice de Religiosidade, a Ansiedade Existencial, o Apoio Social Percebido e o Estado Emocional, conjuntamente, têm efeito mediador sobre o contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico.

Quando uma pessoa sente que tem Apoio Social, percebe o seu Estado Emocional e é Religiosa, a sua percepção do processo de envelhecimento tem efeito sobre o seu Bem-Estar Psicológico. Contudo, os efeitos, de cada variável para além de terem peso diferente têm também sinal contrário ao do efeito da percepção de envelhecimento (EP). Por outras palavras, o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa é menos influenciado pela sua percepção do processo de envelhecimento quando sente ter Apoio Social, apresenta uma percepção do Estado Emocional e é Religiosa. Ou ainda, a percepção do processo de envelhecimento influencia mais negativamente o Bem-Estar Psicológico de uma pessoa quando essa pessoa não tem Apoio Social, não é Religiosa e tem uma percepção do seu Estado Emocional. Em suma podemos ver que as variáveis por nós estudadas apresentam efeitos de influência no bem-estar dos idosos, muitas de forma individual, outras conjuntamente com outras variáveis. Podendo até esta associação mudar a forma de influencia no bem-estar subjectivo dos idosos.

#### D. SÍNTESE FINAL

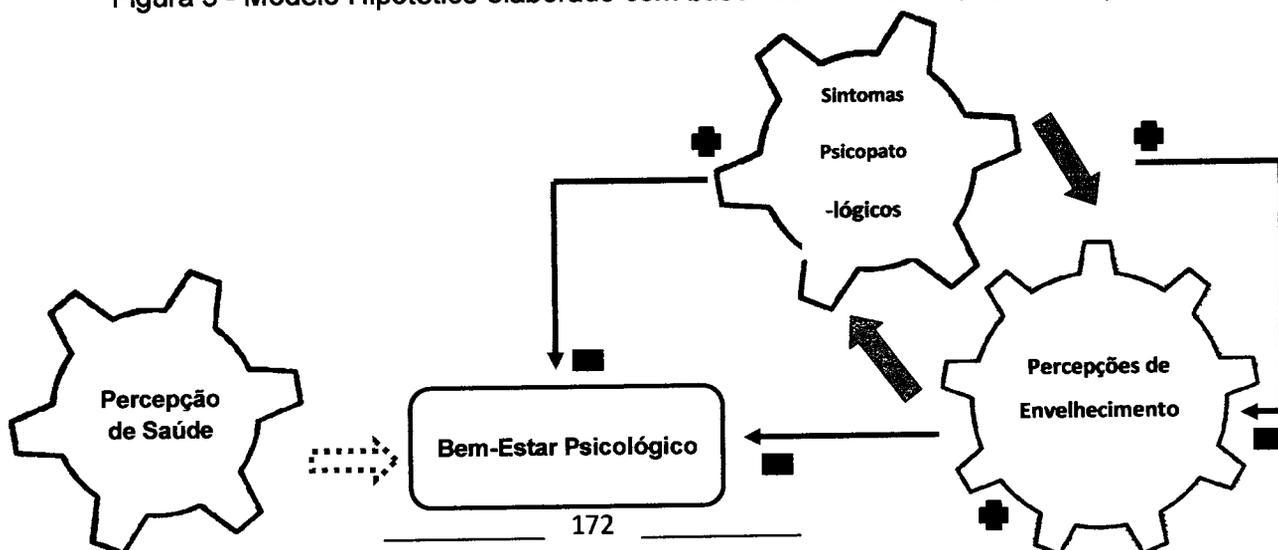
De acordo com a literatura as Percepções de Envelhecimento conjuntamente com a avaliação que as pessoas fazem do seu Estado de Saúde predizem, de forma significativa, a percepção do seu Bem-Estar Psicológico. Contudo, os sintomas psicopatológicos também têm, uma influência mútua nas percepções de envelhecimento e na percepção que os idosos fazem da sua saúde.

Figura 4 - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico (Hipótese 1)



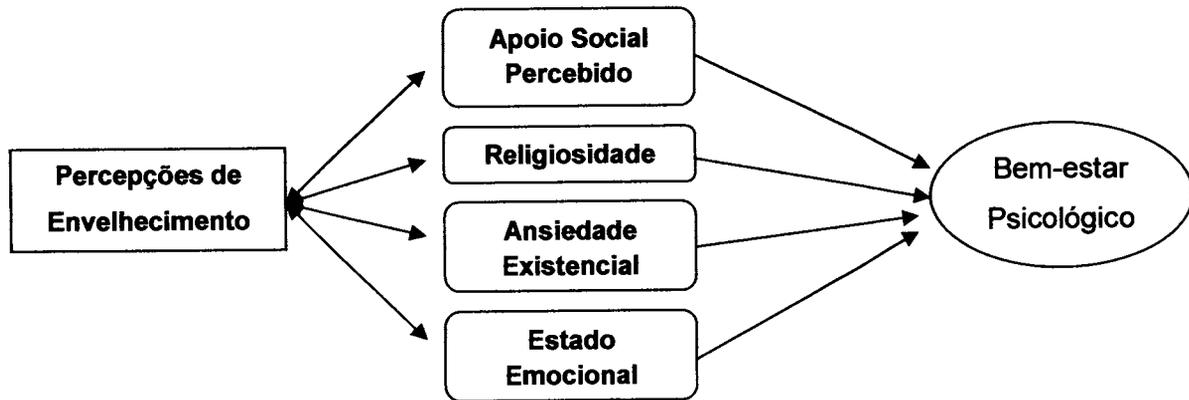
No entanto, os Sintomas psicopatológicos também são importantes na percepção do Bem-Estar Psicológico, um aumento destes, evidencia a percepção de estar a envelhecer, e esses reflexos são imediatos na avaliação do Bem-Estar Psicológico. Importante realçar que com o avançar da idade, a percepção que as pessoas têm do seu bem-estar psicológico depende da sua saúde, quer física quer mental, o vem confirmar a literatura anteriormente descrita.

Figura 5 - Modelo Hipotético elaborado com base nos resultados (Hipótese 1)



A literatura mostrou-nos que o Envelhecimento é um conceito muito vasto, e que na sua avaliação estão implicadas diversas variáveis. Esta avaliação é muito importante, na forma como os idosos avaliam positiva ou negativamente, o bem-estar psicológico.

Figura 6 - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico (variáveis relacionais subjectivas)



Os resultados encontrados mostram-nos que a influência das variáveis relacionais subjectivas é que pode ser muito diferenciada e permite-nos retirar algumas conclusões, que só poderão ser confirmadas ou não, utilizando outras abordagens estatísticas que não tinham lugar no âmbito desta investigação, nomeadamente através de equações estruturais.

Existem, indicadores que nos apontam claramente para o papel da religiosidade, quer em termos de saúde física, quer em termos emocionais (Koenig, 2001).

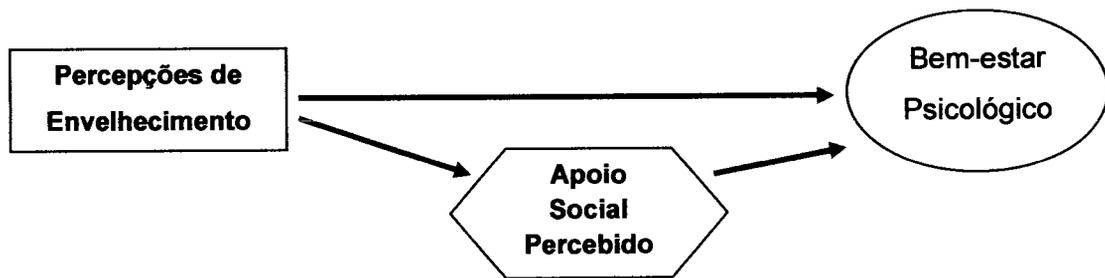
Figura 7 - Modelo Hipotético elaborado com base nos resultados (Hipótese 3)



Concluiu-se que a religiosidade, tem efeito moderador relevante, sobre o contributo explicativo das percepções de envelhecimento, na variação do bem-estar psicológico.

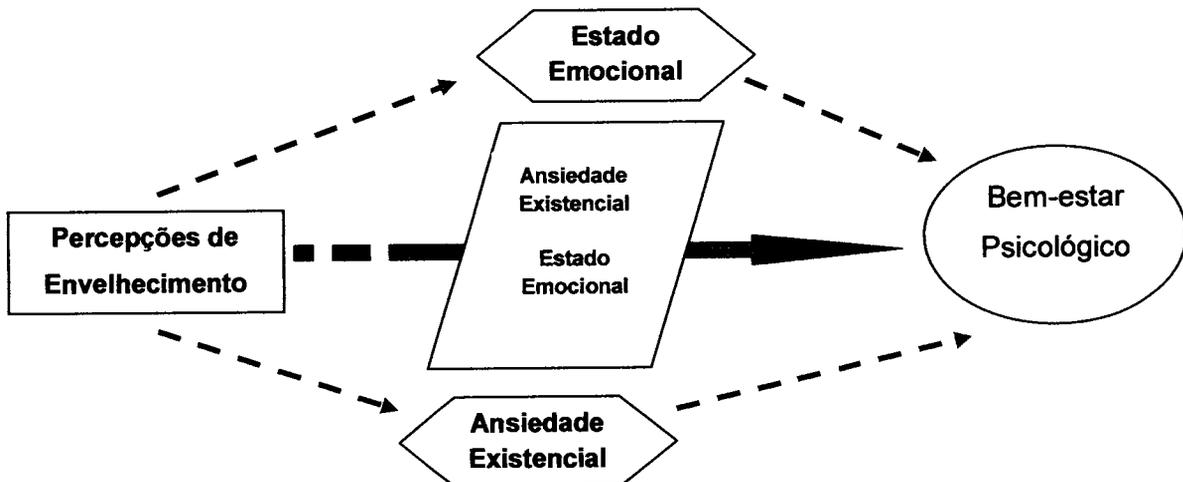
Assim, o valor do Índice de Religiosidade, contribui de forma decisiva e significativa para que uma pessoa perceba o seu processo de envelhecimento, como um factor relevante, na diminuição do seu Bem-Estar Psicológico.

Figura 8 - Modelo Hipotético elaborado com base nos resultados (Hipótese 4)



O Apoio Social Percebido é mediador do contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico, sentir apoio de um outro faz com que o seu envelhecimento não seja tão determinante do seu Bem-Estar. Sendo este também o papel do Estado Emocional de um idoso.

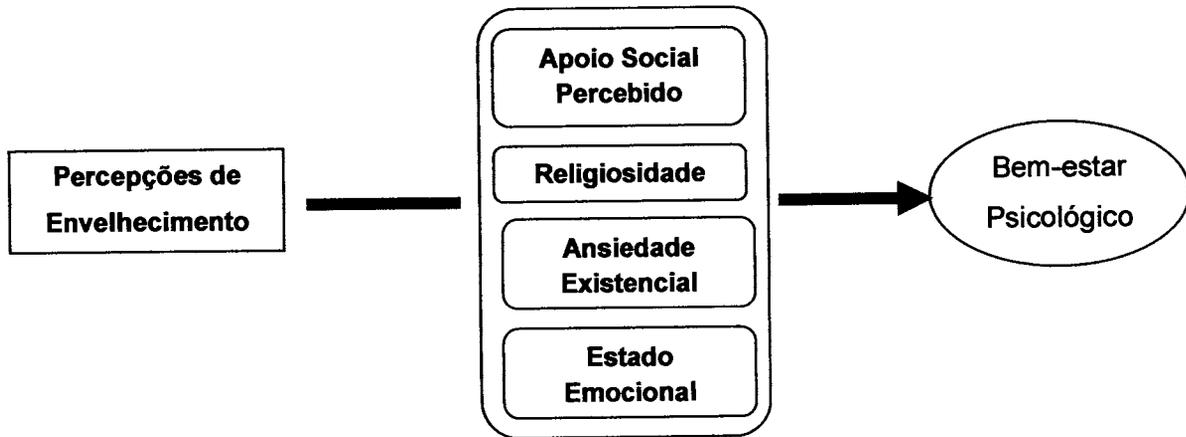
Figura 9 - Modelo Hipotético elaborado com base nos resultados (Hipóteses 2 e 5)



A intervenção do Estado Emocional parece ter um ligeiro papel mediador, no entanto, também tem um papel moderador relevante. O contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico é mediado ligeiramente, pelo Estado Emocional, este factor, liga-se directamente à saúde mental de uma pessoa, sendo um dos elementos na promoção da saúde do idoso e as suas interacções com a saúde física exercem uma influência dinâmica no envelhecimento bem-sucedido. No entanto o efeito de moderação é muito mais relevante, estas conclusões são aplicadas também no caso da ansiedade existencial.

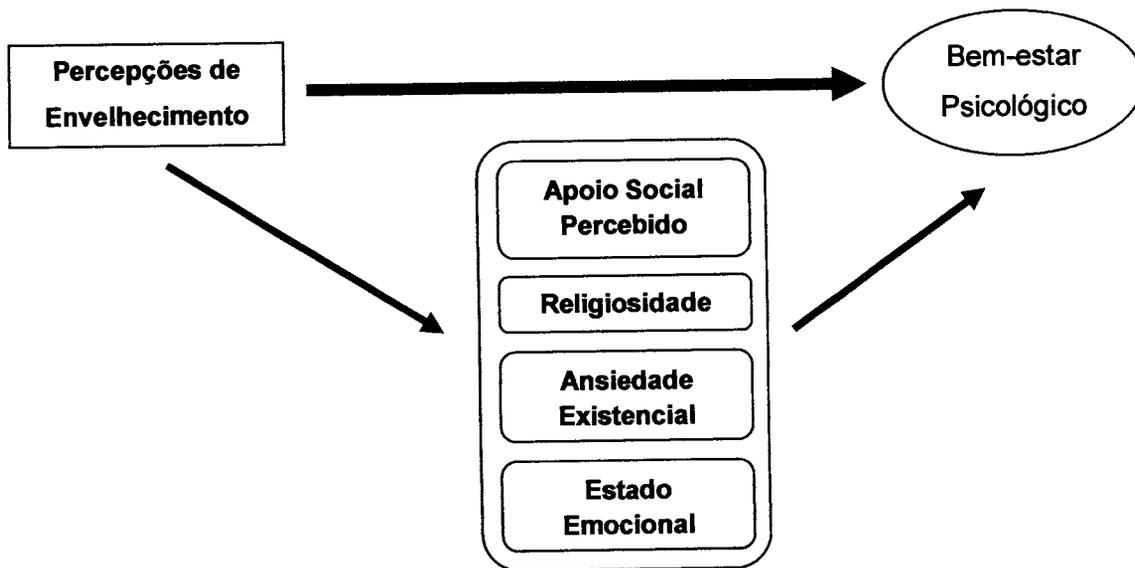
Dentro de outros aspectos, a revisão bibliográfica mostra-nos, que há vários modelos de envelhecimento. Cada indivíduo envelhece de maneira diferenciada, na singularidade das suas condições, mas sobretudo, existe uma dependência da forma relacional subjectiva com os outros.

Figura 10 - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico



Embora cada variável, tenha um efeito específico na sua influência individual, mas foi necessário, confirmar o papel destas variáveis no seu conjunto.

Figura 11 - Modelo Hipotético elaborado com base no enquadramento teórico



Conjuntamente o Índice de Religiosidade, a Ansiedade Existencial, o Apoio Social Percebido e o Estado Emocional, têm um efeito mediador sobre o contributo que as Percepções de Envelhecimento dão para explicar a variabilidade do Bem-Estar Psicológico

Em suma, podemos afirmar que as nossas hipóteses foram todas confirmadas, o que vem de encontro com a literatura consultada, mas também nos vem dar novas informação acerca da forma como se manifesta a influencia dos determinados construtos que foram investigados, assim como nas suas correlações, quer individual, quer conjuntamente.

Estas conclusões são importantes, pois é fundamental, promover a expressão das expectativas e anseios dos idosos e a tentar compreender o que influencia a forma com estes vêm o envelhecimento, de modo a obter melhorias na sua qualidade de vida. Diante

deste cenário, torna-se necessário continuar a incentivar, cada vez mais estudos que possam favorecer a qualidade de vida desta população. Pois deve haver uma maior compreensão do processo de envelhecimento, avaliando políticas de ajuste a este grupo etário, nomeadamente adequando a sua eficácia, ou tentando, que estas venham de encontro aquilo que os idosos pensam e necessitam. Mais do que a compreensão do Envelhecimento, existe a necessidade de tentar compreender a dimensão mais pessoal de vivência deste processo. Tentando perceber a importância das experiências e dos apoios, face á forma como é auto-avaliado o processo de Envelhecimento.

Como conclusão principal é de denotar que a ideia principal que fica é que o nosso envelhecimento está relacionado com as nossas expectativas acerca do próprio envelhecimento, e mesmo que nem sempre estas sejam totalmente determinantes são importante na influência que outros construtos possam ter e isso acaba por explicar a necessidade de se apostar na multidimensionalidade do envelhecimento.

## **E. Limitações do Estudo**

Algumas limitações metodológicas podem ser identificadas neste estudo e devem por esse motivo ser apontadas, e consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, torna-se necessário tecer um comentário sobre a extensão da amostra, bem como a sua selecção. O número reduzido de sujeitos, pode contribuir para uma limitação ao nível dos dados obtidos, e coloca entraves ao nível da generalização dos resultados (validade externa). A amostra foi seleccionada na região do Alentejo, devendo-se ter em consideração as características sociais e culturais dessa região, devendo-se usar alguma precaução no generalizar dos resultados obtidos, para outras regiões do país.

Em segundo lugar, outra limitação está relacionada com os instrumentos de avaliação utilizados. A não existência de dados psicométricos dos instrumentos utilizados adaptados para a população em causa, conduziu à necessidade de se proceder a uma validação piloto desses instrumentos, verificando-se que os resultados obtidos em alguns instrumentos são inferiores aos dos estudos originais. Por exemplo, nas subescalas de alguns destes instrumentos é visível este facto.

Apesar destas limitações, este estudo reveste-se de carácter pioneiro, pelo facto de apostar na investigação do envelhecimento a partir de uma auto-avaliação do mesmo, visando o bem-estar dos idosos. A associação de variáveis ligadas a um nível relacional do indivíduo, visando o futuro, é algo inovador, pois o processo de envelhecimento está muito enraizado aos aspectos biológicos e tem tendência a ser analisado sob a perspectiva de uma lupa, que se foca no que é negativo.

Devemos chamar a atenção para um idoso, como uma dimensão social activa, que vai para além das rugas ou do cansaço. Que encerra no seu interior um potencial, que lhe permite viver o processo de envelhecimento sob a perspectiva de um período de desenvolvimento, que pode ser o mais saudável possível. Para isso é preciso que os apoios e as condições estejam disponíveis para esse idoso.

## **F. Sugestões para Estudos Futuros**

O presente estudo fornece algumas implicações para a investigação futura. Assim, dada a existência de poucos estudos realizados, que se debruçam sobre a holística do envelhecimento. Esta perspectiva multidisciplinar, tenta colmatar todas as lacunas que possam estar ligadas à não presença de determinadas variáveis.

Será pertinente alargar este estudo para outras regiões do país para confirmar ou infirmar os dados obtidos. São necessários novos estudos prospectivos ao nível das diferenças por género, pois penso que isso poderá adequar programas ou intervenções que possam melhorar a forma como os idosos possam lidar com os aspectos mais desadaptativos do envelhecimento. Todas e quaisquer investigações futuras poderão promover uma nova posição do idoso na sociedade.

No entanto existem algumas questões que são relevantes e passíveis de investigar, nomeadamente na tentativa de identificar a idade certa a partir da qual faz cada vez mais sentido colocar a “velhice”, pois o seu enquadramento está desactualizado. Tudo isto poderá possibilitar e promover um envelhecimento cada vez mais activo.

É necessário valorizar cada vez mais as experiências que os indivíduos possam ter ao longo do envelhecer, pois estas são fundamentais, pois as percepções são formadas socialmente, com base em características avaliativas pessoais. Será pertinentes tentar investigar até que ponto estas experiências pessoais são determinantes na representação do acto de envelhecer.

Investigar as percepções de envelhecimento ligadas aos processos de identidade, pode ajudar-nos a explicar diferenças evidentes entre os vários indivíduos, E sobretudo tornar-se-á cada vez mais importante compreender o “auto-perceber” da idade de cada um, vista por ele.

O facto de que as percepções de doença, ou do estado de doença serem importante para esta população, e sabendo nós como estas são modificáveis com o tempo, era importante estudar de forma mais completa até que ponto as intervenções com estas populações, baseando-se neste princípio, poderão beneficiar no futuro, outras áreas. Nomeadamente, a adesão ao tratamento, ou no vivenciar a doença de forma mais saudável. Tudo se resume ao facto que seria importante continuar a investigar quais são as variáveis que mais são estruturante do processo de envelhecimento activo, para que se o possa promover com maior eficácia. Esta intervenção deve ser dirigida para a mudança das percepções negativas, tanto ao nível do idoso como da restante população. Preparar os indivíduos para uma sociedade mais envelhecida começa por tentar que esta seja o mais activa possível e isso requer um conhecimento aprofundado.

Era importante replicar alguns aspectos deste estudo em termos mais qualitativo, utilizando a técnica das narrativas, aprendendo maiores significados, do acto de envelhecer.

## 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.
- Acklin, M., Brown, E., & Mauger, P. (1983). The role of religious values in coping with cancer. *Journal of Religion and Health, 22*, 322-333.
- Aldwin, C. M. (1992). Aging, coping, and efficacy: Theoretical framework for examining coping in life-span developmental context. In M. L. Wykle, E. Kahana, & J. Kowal (Eds.), *Stress and health among the elderly* (pp. 96-113). New York: Springer.
- Aldwin, C. M., Spiro III, A. & Park, C. L. (2006). Health, Behavior, and Optimal Aging: A Life Span Developmental Perspective. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. (pp. 03-23). California: Academic.
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 2º. Ed. Braga: Psiquilíbrios.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 432-443.
- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: an examination of social networks, social support, and sense of control. In: Birren, J.E. Schaie, K. W. (Orgs.). *Handbook of the psychology of aging* (pp.427-48). San Diego: Academic Press.
- APA (2002a). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Arber, S. & Ginn, J. (1993). Gender and inequalities in health in later life. *Social Science and Medicine, 36*, 33-46.
- Ardelt, M. (2003). Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes toward death. *Journal of Religious Gerontology, 14*, 55-77.
- Avison, W. R., & Cairney, J. (2003). Social structure, stress, and personal control. In S. H. Zarit, L. I. Pearlin, & K. W. Schaie (Eds.), *Personal control in social and life course contexts* (pp. 127-164). New York: Springer.

Bailis, D. S., Segall, A., Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social Science and Medicine*, 56, (2), 203-217.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Baltes, P. B. & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, 17, (36), 7-31.

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.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.

Barreto, S. M., Giatti, L., Uchôa, E. & Lima-Costa, M. F. (2002). Gênero e desigualdade em saúde entre idosos brasileiros. In: *Anais da I Oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde dos Idosos no Brasil* (pp. 59-69). Ouro Preto: Editora UFMG.

Beckett, M. (2000). Converging health inequalities in later-life: an artifact of mortality selection. *Journal of Health and Social Behaviour*, 41, 106-119.

Bieman-Copland, S. & Ryan, E. B. (1998). Age-biased beliefs about memory outcomes in adulthood. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B, 105-111.

Bird, C. E. & Rieker, P. P. (1999). Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. *Social Science and Medicine*, 4, p.745-755.

Birren, J. E. & Schroots, J. J. F. (2001). History, concepts and theory in the psychology of aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. (pp. 03-23). California: Academic Press.

Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J. A. Skelton, & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation of health and illness* (pp. 32-59). USA: Springer-Verlag.

Borawski, E. A., Kinney, J. M., & Kahana, E. (1996). The meaning of older adults' health appraisals: Congruence with health status and determinant of mortality. *Journal of Gerontology: Social Science, 51B*, 157–170.

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.

Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology, 117* (5), 521-537.

Brown, C. & Benjamins, M. R. (2004). Religion and preventive health care utilization among the elderly. *Social Science & Medicine. 58*, 109-18.

Butler, R. & Lewis, M. (1995). Late life depression: when/how to intervene. *Geriatrics, 50* (8), 44-45.

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.

Byrne, G. (2002). What happens to anxiety disorders in later life? *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24* (1), 74-80.

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.

Caplan, L. J. & Schooler, C. (2003). The roles of fatalism, self-confidence, and intellectual resources in the disablement process in older adults. *Psychology and Aging, 18*, (3), 551–561.

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*, 165–181.

Carstensen, L. L., Mikels, J. A., & Mather, M. (2006). Aging and the intersection of cognition, motivation, and emotion. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 343–362). San Diego, CA: Academic Press.

Carstensen, L. L. & Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition: Aging and the positivity effect. *Current Directions in Psychological Science*, 14 (3), 117-121.

Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2007). Emotion regulation in aging. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 307–327). New York: Guilford.

Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Rosenthal, C. J. (2000). Wellbeing in Canadian seniors: Findings from the Canadian study of health and aging. *Canadian Journal on Aging*, 19, 139–159.

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.

Chertkow, et al. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *Canadian Medical Association or its licensors*. 178 (10), 1273-85.

Coes, M. C. R. (1991). Ansiedade: uma avaliação quantitativa de seus efeitos negativos sobre o desempenho no vestibular. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7 (2), 137-147.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676–684.

Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis; a theoretical analysis. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*. (Vol. IV). (pp.253-268). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Commerford, M. & Reznikoff, M. (1996). Relationship of religion and perceived social support to self esteem and depression in nursinghome residents. *Journal of Psychology*, 130, 35-50.

- Couto, M. C. P. P., Koller, S. H., & Novo, R. F. (2006). Resiliência no Envelhecimento: Risco e Protecção. In I. B. Gintert & C. G. Colas (Eds.), *Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções Psicológicas Vol. II*. (pp.331-337). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cornwell, E. Y. & Waite, L. J. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 31-48.
- 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.
- Degges-White, S., & Myers, J. E. (2005). Women at midlife: An exploration of chronological age, subjective age, wellness, and life satisfaction. *Adultspan Journal*, 5, 67-80.
- DeVellis, B. M. & DeVellis, R. F. (2001). Self-efficacy and health. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 235–247). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Diener, E. & Scollon, C. (2003). Subjective well-being is desirable, but not the summum bonum. *Paper presented at the University of Minnesota Interdisciplinary Workshop on Well-Being*, 1-20.
- Diener, E. & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: Toward an economy of wellbeing. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1–31.
- Duay, D. & Bryan, V. (2006). Senior Adults' Perceptions of Successful Aging. *Educational Gerontology*, 6, (32), p. 423-445.
- Dunbar, M. Ford, G., & Hunt, K. (1998) Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Feifel, H. & Nagy, T. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, (2), 278-286.
- Fernandes, H. & Vasconcelos-Raposo, J. (2008). *O bem-estar psicológico em adolescentes: Uma abordagem centrada no florescimento humano*. Vila Real: UTAD - CEDAFES Press.

- Ferraro, K. F. & Kelley-Moore, J. A. (2000) Religious consolation among men and women: do health problems spu seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39, 220-234.
- Ferreira, J. A. & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (EBEP). In M. R. Simões, M.M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 111-121). Braga: APPORT/SHO.
- Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R. & Camey, S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 431-438.
- Figueiredo, S. C. S., Mello Wagner, E. A. & Cançado, F. A. X. (2002). Saúde mental e envelhecimento. In E. V. Freitas L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 808-813). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Floriano, P. J. & Dalgalarrodo, P. (2007). Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (3), 162-170.
- Fontaine, Roger (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa. Climepsi Editora
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 115-134.
- Furstenberg, A. L. (2002). Trajectories of aging: imagined pathways in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 55, 1–24.
- Gall, T. L. (2003). Religious and spiritual attributions in older adults' adjustment to illness. *Journal of Psychology and Christianity*, 22, 210–222.
- Garbin, T. R. & Montewka, A. (2000). Análise de condições ambientais: um estudo sobre variáveis que facilitam a autonomia do idoso institucionalizado. In *Livro de resumos IX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental*. (pp. 13-14). Campinas.
- García, E. L., Banegas, J. R., Pérez-Regadera, A. G., Cabrera, R. H., & Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14 (2), 511–520.

- George, L., Ellison, C. & Larson, D. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13, 190–200.
- Goldstein, M. S., Siegel, J. M., & Boyer, R. (1984). Predicting changes in perceived health status. *American Journal of Public Health*, 6 (74), 611-614.
- Goldstein, L. L., & Sommerhalder, C. (2002). Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In E.V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 950-956). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Gomes, K. R. O. & Tanaka, A. C. d'A. (2003). Reported morbidity and use of health services by working women, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1), 75-82.
- Gullifer, J., & Thompson, A. P. (2006). Subjective Realities of Older Male Farmers: Self-perceptions of ageing and work. *Rural Society*, 1, (16), 80-97.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, L., Caldas, A., & Garcia, C. (2003). Avaliação breve do estado mental. In: M. Guerreiro, C. Garcia, & A. Mendonça, *Escalas e testes na demência*. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, 27.
- Guimarães, H. P. & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 88-94.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- 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.
- Holstein, M.B. & Minkler, M. (2003). Self, society and the "new gerontology". *Gerontologist*, 43 (6), 787-96.
- Hoyle, R. H., Harris, M. J., & Judd, C. M. (2002). *Research methods in social relations* (7th ed.). Pacific Grove, CA: Wadsworth.
- Hudson, T. (1996). Measuring the results of faith. *Hospitals & Health Networks*, 70, 22-28.

Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.

INE (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 185-208.

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.

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.

Kahana, E., Resmond, C., Hill, G. J., Kercher, K., Kahana, B., Johnson, J. R., & Young, R. (1995). The effects of stress, vulnerability, and appraisal on the psychological well-being of the elderly. *Research on Aging*, 17, 459–489.

Kahn, R. L. (2003). Successful aging: intended and unintended consequences of a concept. In: L.W. Poon, S.H. Gueldner & B.M. Sprouse, (Eds.). *Successful aging and adaptation with chronic diseases* (p.55-82). New York: Springer Publishing Company.

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.

Keppel, G. (1991). *Design and analysis: A researcher's handbook*, (3<sup>a</sup> ed). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Keyes, C. L. (2003). Complete Mental Health: An agenda for the 21th century. In C. Keyes & J. Haidt (Eds.) *Flourishing: Positive Psychology and the life Well-lived*. Washington: American Psychological Association.

Keyes, C. L. & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. Lopez & C. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A Handbook of Models and Measures*. Washington: American Psychological Association.

Krause, N. (1997). Social support and feelings of personal control in later life. In G. Pierce, B. Lakey, I. Sarason, & B. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* ( pp. 335–355). New York: Plenum Press.

- Krause, N. (1998). Stressors in highly valued roles, religious coping, and mortality. *Psychology and Aging, 13*, 242–255.
- 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.
- Krause, N. & Rook, K. S. (2003). Negative interaction in late life: Issues in the stability and generalizability of conflict across relationships. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences, Series B, 58*, 88–99.
- Krause, N. & Van Tran, T. (1989). Stress and religion involvement among elderly black adults. *Journal of Gerontology: Soc. Sci., 44*, 4-13.
- Koenig, H. G., George, L. K. & Peterson, B. L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry, 155* (4), 536-542.
- Koenig, H. G. (2001). Religion, spirituality, and medicine: how are they related and what does it mean? *Mayo Clin Proc, 76*, 1189-1191.
- Koenig, H. G. et. al. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry, 49*, (12), 1697-1700.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Siegler, I. C. (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist, 28*, 303–310.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med Journal, 97*, 1194-2000.
- Koenig, H. G. (2009). Religion, Spirituality, and Anxiety Disorders In P. Huguelet & H. G. Koenig (Eds.), *Religion and Spirituality in Psychiatry* (pp.128-144). New York, Cambridge University Press.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- 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.

Knight, T. & Ricciardelli, L. (2004). Factors associated with successful ageing, *In ERA 2004 : Contributing to an ageing agenda : abstracts and proceedings : the 3rd National Conference for Emerging Researchers in Ageing, 2nd December 2004 Brisbane Convention and Exhibition Centre, University of Queensland, Australiasian Centre on Ageing, Brisbane, Qld., 123-129.*

Kunzmann, U., Little, T. & Smith, J. (2000). Is Age-Related Stability of Subjective Well-Being Paradox? Cross-Sectional and Longitudinal Evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 15* (3), 511-526.

Lang, F. R. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences, Series B, 56*, 321–326.

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.

Larson, D. B.; Larson, S. S. (1991). Religious commitment and health: valuing and relationship. *Second Opinion, 17*, (1), 27-40.

Lawton, M. P. (2001). Quality of life and the end of life. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. (pp. 592-616). California: Academic.

Lemos, N. & Medeiros, S. L. (2002). Suporte Social ao idoso dependente. In E.V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 892-898). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Alexopoulos, G. S., Frank, E. & Reynolds, C. F. III (2001). Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depression & Anxiety, 14*, 86–93.

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.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L., Robitaille, C. (1997) Illness representations: theoretical foundations. In Petrie, K.J. &

- Weinman, J. (Eds.) *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, (pp.19-45) London: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Diefenbach, M.A., Leventhal, E. A. (1992). Illness Cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Leventhal, H., Forster, R., & Leventhal, E. A. (2007). Self-regulation of health threats, affect and the self: Lessons from older adults. In C. Aldwin, C. Park, & A. Spiro (Eds.), *Handbook of Health Psychology and Aging*, (pp.341-366). New York: The Guilford Press.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health and behaviour: a perceptualcognitive approach. *Psychology and Health*, 13, 717-734.
- Levin, J.S. & Chatters, L.M. (1998). Religion, health, and psychocological well-being in older adults. Findings from national surveys. *Journal of Aging and Health*, 10 (4), 504-531.
- Levin, S. J. (1994). *Religion in aging and health: theoretical foundations and methodological frontiers* (pp. 112-27). London: Sage.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 203–211.
- Levy, B. R. & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39, 625-629.
- Levy, B. R. & Myers, L. M. (2005). Relationship between respiratory mortality and selfperceptions of aging. *Psychology & Health*, 20, 553–564.
- Levy, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on funtional health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, 409-417.
- 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.

- Litwak, E. (1981). *The modified extended family, social networks, and research continuities in aging*. New York: Columbia University Center for Social Sciences.
- Litwin, H., (2001). Social network type and morale in old age. *The Gerontologist*, 41 (4): 516-524.
- 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.
- Lu, L., & Shih, J. B. (1997). Personality and happiness: Is mental health a mediator? *Personality and Individual Differences*, 22, 249–256.
- 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.
- Mackenbach, J. P. et al. (1994). The determinants of excellent health: different from the determinants of ill-health? *International Journal of Epidemiology*, 23 (6), 1273-1281.
- Macintyre, S.; Ford, G.; Hund, K.(1999). Do women “over-report” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine*, 48, 89-98.
- Maier, H., & Smith, J. (1999). Psychological predictors of mortality in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, p.44–P54.
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 496–502.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211–222.
- McFadden, S. H. (1995). Religion and well-being in aging persons in an aging society. *Journal of Social Issues*, 51, 161-175.

- McFadden, S. H. (1996). Religion, spirituality, and aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of Aging* (p. 162-177). San Diego: Academic Press.
- 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.
- Miller,W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58, 24–35.
- Monteiro, D. M. R. (2004). Espiritualidade e Envelhecimento. In: Py, L. et al.,(org.). *Tempo de envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F. & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and Mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38 (3), 242-250.
- Morgan, L. A. & Bentson, V. L. (1976). Measuring Perception of Aging Across Social Strata. Paper presented to the 29<sup>th</sup> Annual Meeting of the Gerontological Society, New York, Outuber ,13-17.
- Maroco, J. (2007). Análise Factorial. In J. Maroco (Ed.), *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Netz, Y., Wu, M., Becker, B., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20 (2), 272-284.
- Neumann, J. K. & Peeples, B. (2001). Religious faith and nicotine cessation. *Mil Med*, 165 (11), 884-888.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Nunnally, J. C., Bernstein, I. J. (1995). *Teoría Psicométrica*. México: McGraw-Hill.

- Ofstedal, M. B., Zimmer, Z., Cruz, G., Chan, A., & Lin, Y. (2002). Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. *Ann Arbor: Population Studies Center, 03 (60)*, 1-19.
- Oosterwegel, A. & Oppenheimer, L. (2002). Jumping to awareness of conflict between self-representations and its relation to psychological wellbeing. *International Journal of Behavioral Development, 26 (6)*, 548-555.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde (2ª Ed.)*. Porto: Livpsic.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. S. & Fleck, M. P. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34 (1)*, 105-115.
- Pargament, K. I., & Park, C. L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues, 51*, 13-22.
- Pargament, K. I., Van Haitsma, K. S., & Ensing, D. S. (1995). Religion and coping. In M. A. Kimble, S. H. McFadden, J. W. Ellor, & J. J. Seeber (Eds.), *Aging, spirituality, and religion: A Handbook* (pp. 47-67). Minneapolis: Fortress Press.
- Paschoal, S. M. P. (2002). Qualidade de vida na velhice. In: Freitas, E.V. et al. (Eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (p.79-84). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,
- Pereira, J. C. R. (2001). *Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, humanas e sociais*. São Paulo: EDUSP.
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P. & Nasello, A. G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34 (1)*, 136-145.
- 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.
- Piccoloto, N., Wainer, R., Benvegnú, L. & Juruena, M. (2001). Revisão comparativa entre os transtornos do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica, 27 (2)*.

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224.

Phillips, L. H., Henry, J. D., Hosie, J. A., Milne, A. B. (2006). Age, anger regulation and well-being. *Aging and Mental Health*, 10 (3), 250-256.

Portrait, F., Maarten, L., & Degg, D. (2001). Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. *Demography*, 38 (4), 525-536.

Puchalski, C. (1999). Task force report: spirituality, cultural issues, and end of life care. *Assoc of Am Med Colleg*, Contemporary issues in medicine, communication in medicine, medical school objectives project, 25-26.

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). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 793-798.

Ridder, D., & Wit, B. F. J. (2006). Self-regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues. In D. Ridder & J. Wit. (Eds), *Self-regulation in Health Behavior*, (pp.1-23). West Sussex: John Wiley & Sons.

Rothermund, K. & Brandtstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology Aging*, 18 (4), 896-905.

Rook, K.S., Mavandadi, S., Sorkin, D.H., & Zettel, L. A. (2007). Optimizing social relationships as a resource for health and well-being in later life (pp 267-285). In C. M. Aldwin, C. L. Park, & Spiro, A. III (Eds.), *Handbook of Health Psychology of Aging*, New York: The Guilford Press.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.

Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest for successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.

Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C.D. & Singer, B. (1998). The role of the purpose in life and personal growth in positive human health. In P.S. Fry & P.T.P. Wong (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychology research and clinical applications* (pp. 213-215). Mahwah, NJ: Routledge.

Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D. & Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J. Lomeranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach* (pp. 69–96). New York: Plenum.

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.

Samuelsson M., Thernlund G., & Ringström, J. (1996). Using the five field map to describe the social network of children: A methodological study. *International Journal of Behavioral Development*, 19 (2), 327-346.

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*, 44, (1), 127-139.

Sarkisian, C. A., Prohaska, T. R., Wong, M. D., Hirsch, S. & Mangione, C. M. (2005). The relationship between expectations for aging and physical activity among older adults. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 911–915.

Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14, 362–370.

Seeman, T. E. & McEwen, B. S. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, 58, 459–471.

Segrin, C. (2006). Age Moderates the Relationship Between Social Support and Psychosocial Problems. *Human Communication Research*, 3, (29), p. 371-342.

Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.

Sen, A. (2002). Health: perception versus observation. *BMJ*, 324, 860-861.

- Silva, I. R. & Gunther, I. A. (2000). Papéis Sociais e Envelhecimento em uma Perspectiva de Curso de Vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (1), 31-40.
- Sneed, J. R. & Whitbourne, S. K. (2005). Models of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61, 375-388.
- Sherbourne, C. D., Meredith, L. S., Rogers, W., & Ware, J. E. (1992). Social support and stressful life events: Age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. *Quality of Life Research*, 1, 235-246.
- Sherkat, D. E., & Reed, M. D. (1992). The effects of religion and social support on self-esteem and depression among the suddenly bereaved. *Social Indicators Research*, 26, 259-275.
- Shreve-Neiger A. K., & Edelstein B. A. (2004). Religion and anxiety: a critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 24, 379-97.
- Shkolnik, T., Weiner C., Malik, L., Festinger, Y. (2001).The effect of jewish religiosity of elderly israelis on their life satisfaction, health, function and activity. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16, 201-219.
- 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.
- Skaff, M. M. (2007). Self-regulation of health threats, affect, and the self: Lessons from older adults. In Abeles, R. P., Aldwin, C. M., Park, C. L., & Spiro, A. (Eds.), *Handbook of health psychology and aging* (pp.186 - 209). New York: Guilford Press.
- Söjsten, N. & Kivela, S. (2006). The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 410-418.
- Spilka, B., Stout, L., Minton, B., & Sizemore, D. (1977). Death and personal faith: A psychometric investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 16, 169-178.
- Strawbridge, W. J., Deleger, S., Roberts, R. E., & Kaplan, G.A. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology*, 156, 328-334.

Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C. & Dittmann-Kohli, F. (2001), 'The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being', *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, 364–373.

Tabachnick, B., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins.

Tillich, P. (1952a). *The Courage To Be*. Yale University Press, New Haven.

Tillich, P. (1952b). Anxiety, religion, and medicine. *Pastoral Psychol.* 3, 11–17.

Tillich, P. (1976). *A coragem de ser*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Thomas, L. E. & Eisenhandler, S. A. (1994). A human science perspective on aging and the religious dimension. In: E. L. Thomas & S. A. Eisenhandler, *Aging and the religious dimension*. London: Auburn House.

Tomer, A. & Eliason, G. (1996). Toward a Comprehensive Model of Death Anxiety. *Death Studies*, 20, 343-365.

Turner, R. J. & Marino, F. (1994). Social Support and Social Structure: A Descriptive Epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior* 35 (3), 193-212.

Uchino, B. (2004). *Social Support & Physical Health: Understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488–531.

Uchino, B. N., Uno, D. & Holt-Lunstad, J. (1999). Social Support, Physiological Processes and Health. *Current Directions in Psychological Science*, 8 (5), 145-148.

Vieira, V. A. (2009). Moderação, mediação, moderadora-mediadora e efeitos indiretos em modelagem de equações estruturais: uma aplicação no modelo de desconfirmação de expectativas. *RAUSP. Revista de Administração*, São Paulo, 44 (1), 17-33.

- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R. & Home, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A New method for Assessing the Cognitive Representation of Illness. *Psychology and Health, 11* (3), 431-445.
- Westerhof, G. J. & Barrett, A. E. (2005), 'Age identity and subjective well-being: a comparison of the United States and Germany', *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60*, 129–136.
- Westerhof, G. J., Dittmann-Kohli, F. & Thissen, T. (2001). Beyond life satisfaction: Qualitative and quantitative approaches to judgments about the quality of life. *Social Indicators Research, 56*, 179-203.
- Wrosch, C., Heckhausen, J. & M. Lachman, (2006). Goal management across adulthood and old age: The adaptive value of primary and secondary control. In: D. Mroczek & T. Little (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 399-421). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wu, A., Tang, C. & Kwok, T. (2002). Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *Journal of Aging and Health, 14*, 42–56.
- Xavier, M. F. F., Ferraz, M. P. T., Trendi, C. M., Argimon, I., Bertollucci, P.H., Poyares, D. & Moriguchi, E. H. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com 80 anos ou mais. *Revista de Saúde Pública, 35* (3), 294-302.
- Youmans. E. G. (1971). Generation of Perception of Old Age: An urban-rural Comparison. *The Gerontologist, 11* (4 part 1), 284-288.

# ANEXOS

## ANEXO I

### Folha de rosto do Mini-Exame do Estado Mental

**MINI-MENTAL STATE –MMS**

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ ANOS DATA: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**1. ORIENTAÇÃO** (1 ponto por cada resposta correcta).

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
 Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**2. RETENÇÃO** (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**3. ATENÇÃO E CÁLCULO** (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 \_\_\_\_ 24 \_\_\_\_ 21 \_\_\_\_ 18 \_\_\_\_ 15 \_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**4. EVOCAÇÃO** (1 ponto por cada resposta correcta).

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**5. LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correcta).**a.** "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
 Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**b.** "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

**c.** "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_  
 Dobra ao meio \_\_\_\_\_  
 Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### Folha de rosto do Questionário de Dados Sócio- Demográficos e Clínicos



# 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? \_\_\_\_\_

5 - **Situação laboral:**

Empregado(a)/activo(a)

Desempregado(a)

Reformado(a)/invalidez

Outros  Qual? \_\_\_\_\_

6 - **Profissão actual ou anterior** (especificar): \_\_\_\_\_

## ANEXO III

### Folha de rosto do Questionário de 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	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Estou sempre consciente da minha idade	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Sempre me considereei velho (a)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Estou sempre consciente do facto de estar a envelhecer	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. Sinto a minha idade em tudo o que faço	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. À medida que envelheço fico mais sábio	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. À medida que envelheço continuo a desenvolver-me como pessoa	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8. À medida que envelheço aprecio mais as coisas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. Fico deprimido(a) quando penso que envelhecer pode afectar as coisas que consigo fazer	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## ANEXO IV

Folha de rosto da Escala de Bem-Estar  
Psicológico – Versão Reduzida

<b>ESCALAS DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO</b>
---

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   | 5 – Concordo em Grande Parte |
| 2 – Discordo em Grande Parte | 4 – Concordo Parcialmente    |
| 3 – Discordo 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:** ..... **Idade:** .....  
**DATA DE NASCIMENTO:** ...../...../..... **Data-Aplicação:** ...../...../.....  
**HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:** .....  
**PROFISSÃO** (Se reformado(a) indique a profissão anterior e há quanto tempo passou à reforma):  
.....  
**AGREGADO FAMILIAR (actual) Nº Pessoas** ..... **Parentesco:** .....  
**ESTADO CIVIL:**..... **Área de RESIDÊNCIA:** .....  
**Tipo de Residência** (própria; casa de familiar, lar ou outro):.....

## ANEXO V

Folha de rosto do Questionário de Estado de  
Saúde – SF-12v2

# QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-12v2)

Instruções para o preenchimento deste questionário

## A SUA SAÚDE EM GERAL

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. 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 moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa .....	1	2	3
b. Subir vários lanços de escada .....	1	2	3

3. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Fez menos do que queria? .....	1	2	3	4	5

## ANEXO VI

### 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.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

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

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

## ANEXO VII

### 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"/>				
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>				
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>				
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>				
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>				
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>				
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>				
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>				
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>				
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>				
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>				
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>				

## ANEXO VIII

### Folha de rosto da Escala de Provisões Sociais

<b>Escala de Provisões Sociais – EPS</b>
--

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 deste item. Se discordasse, assinalaria o número 2, e assim sucessivamente.

<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

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"/> <b>1 2 3 4</b>
2. Sinto que não tenho relações próximas com outras pessoas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>1 2 3 4</b>
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"/> <b>1 2 3 4</b>
4. Há pessoas que contam comigo caso precisem de ajuda.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>1 2 3 4</b>
5. Há pessoas que apreciam as mesmas actividades sociais que eu.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>1 2 3 4</b>
6. As outras pessoas não me vêem como competente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>1 2 3 4</b>
7. Sinto-me pessoalmente responsável pelo bem-estar de outra pessoa.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>1 2 3 4</b>
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"/> <b>1 2 3 4</b>
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"/> <b>1 2 3 4</b>
10. Se alguma coisa corresse mal, ninguém me ajudaria.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>1 2 3 4</b>
11. Tenho relações próximas que me dão um sentimento de segurança emocional e de bem-estar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>1 2 3 4</b>

## ANEXO IX

### Folha de rosto do Questionário de Ansiedade Existencial

## Questionário de Ansiedade Existencial – QAE

Este questionário foi construindo para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) na resposta que melhor expressa o significado dos seus sentimentos. Não existem respostas certas ou erradas – apenas as suas experiências e opinião são importantes.

	Sim	Não
1. Penso muitas vezes na morte e isso causa-me ansiedade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não estou ansioso(a) acerca do destino, porque estou conformado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me frequentemente ansioso(a), porque me preocupa pensar que a vida não tem sentido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Não estou preocupado(a), nem penso sobre ser culpado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me muitas vezes ansioso(a), por ter sentimentos de culpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me muitas vezes ansioso, por me sentir condenado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nunca penso acerca do vazio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Penso frequentemente que as coisas que foram importantes na vida são vazias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nunca me sinto ansioso(a), por me sentir condenado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Não estou ansioso(a) sobre a morte, porque estou preparado para o que der e vier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Penso muitas vezes no destino e isso faz-me sentir ansioso(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não estou ansioso(a) sobre o destino, porque tenho a certeza que tudo vai correr bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sei que a vida tem um significado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO X

### Folha de rosto do Índice de Religiosidade de Duke

## Índice de Religiosidade da Universidade Duke

Indique qual a opção que mais se aplica a si.

1. Com que frequência vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. Mais do que uma vez por semana |
| 2. Uma vez por semana             |
| 3. Duas a três vezes por mês      |
| 4. Algumas vezes por ano          |
| 5. Uma vez por ano ou menos       |
| 6. Nunca                          |

2. Com que frequência dedica o seu tempo a actividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1. Mais do que uma vez ao dia    |
| 2. Diariamente                   |
| 3. Duas ou mais vezes por semana |
| 4. Uma vez por semana            |
| 5. Poucas vezes por mês          |
| 6. Raramente ou nunca            |

A secção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, indique o quanto cada frase se aplica a si.

3. Na minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. Totalmente verdade para mim |
| 2. Em geral é verdade          |
| 3. Não estou certo             |
| 4. Em geral não é verdade      |
| 5. Não é verdade               |

4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. Totalmente verdade para mim |
| 2. Em geral é verdade          |
| 3. Não estou certo             |
| 4. Em geral não é verdade      |
| 5. Não é verdade               |

## CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito de uma investigação intitulada: *Significações, Envelhecimento, Variáveis Relacionais Subjectivas e Bem-Estar Psicológico em Idosos*, referente à dissertação de Mestrado de Carla Manuela Anastácio Carmona, do programa de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Évora, orientada pela Professora Doutora Adelaide Claudino da Universidade de Évora, vimos por este meio solicitar a sua anuência, salientando que não haverá nenhum tipo de encargo e que todos os procedimentos éticos na condução do estudo estão assegurados.

Esta investigação visa compreender como é que a avaliação que cada pessoa faz do seu processo de envelhecimento, conjuntamente com outras envolventes, tem influência no Bem-estar de Idosos. A sua participação permitirá que possa construir conhecimento acerca desta problemática de forma a futuramente se possa conhecer um pouco melhor como é que os idosos se avaliam a si mesmos e se de facto isso é determinante positivamente ou negativamente na forma de perceber o seu Bem-estar Psicológico. Caso queira poderá solicitar conhecer as conclusões gerais deste estudo.

Gostaríamos de saber se aceita colaborar neste estudo respondendo a algumas questões. As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizadas apenas neste estudo. Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Para garantir o total anonimato todos os instrumentos estão codificados, tal como o consentimento, pedimos-lhe que apenas façam uma rubrica no espaço do participante.

Declaro ter lido as informações acima e consinto em participar deste estudo. Estou ciente de que todos os dados serão tratados de maneira confidencial. Declaro que esta é a primeira vez que participo nesta pesquisa.

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Data ...../...../.....

Assinatura do Investigador

\_\_\_\_\_

Data ...../...../.....