

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O PAPEL DAS CRENÇAS SOBRE O ENVELHECIMENTO NA
AUTOEFICÁCIA, BEM-ESTAR E AUTONOMIA DOS IDOSOS**

Ana Filipa Madeira Pegado

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia da Educação e da Orientação)

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O PAPEL DAS CRENÇAS SOBRE O ENVELHECIMENTO NA
AUTOEFICÁCIA, BEM-ESTAR E AUTONOMIA DOS IDOSOS**

Ana Filipa Madeira Pegado

Dissertação orientada pela Prof.^a Doutora Maria João Alvarez

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia da Educação e da Orientação)

2013

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o culminar de um longo percurso académico, e por isso mesmo, agradeço imenso a todos os que nele estiveram presentes e, de alguma forma, deixaram o seu contributo.

À Professora Maria João Alvarez. Pelo apoio sem fim. Pelo incentivo desde o início. Por todo o conhecimento e saber transmitidos. Obrigada por tudo!

À Professora Alexandra Marques Pinto, por todo o apoio que deu ao longo da realização deste trabalho.

À Dra. Ana Polido por me ter permitido fazer parte do seu projeto. De outra forma, este trabalho não teria sido possível.

À Inês Fernandes. Tudo teria sido mais difícil se o percurso tivesse sido solitário. Obrigada pela companhia.

À Santa Casa da Misericórdia de Lisboa por ter sido tão bem recebida nos seus centros de dia e por me terem permitido aprender tanto com as pessoas com quem falei. A todas as pessoas que se mostraram disponíveis para partilhar os seus desafios pessoais no processo de envelhecimento, o meu mais sincero “Obrigado”!

A todos os Professores que ao longo desta caminhada me proporcionaram momentos de aprendizagem e de reflexão ao longo deste percurso.

Às minhas colegas que nunca deixaram de me apoiar nesta demanda: Sofia, Ana Lúcia, Vânia e Joana. Espero ter sido tão boa colega e amiga como vocês têm sido para mim!

À Fátima e à Zulmira pela amizade intemporal e incondicional. Obrigada por continuarem a acreditar.

Aos meus pais. Por tudo o que fizeram sempre por mim. E por me impulsionarem sempre a ser melhor. Ao meu irmão, por ser o companheiro de uma vida. À minha avó por ser a guerreira que sempre foi.

Ao Adriano. Pelo amor. Por mais do que aquilo que sou capaz de expressar.

RESUMO

O modo como se envelhece é uma questão muito atual devido ao aumento da esperança média de vida e dos custos associados a este fenómeno. Os estereótipos, autoestereótipos e autoeficácia são aspetos relevantes para o bem-estar e autonomia dos idosos quando se fala de envelhecimento ativo. Assim, neste trabalho verificou-se o efeito de crenças acerca do envelhecimento (autoestereótipos) no bem-estar e na autonomia de 82 idosos, testando esta relação através da autoeficácia. Foram também questionados 76 cuidadores/familiares próximos acerca dos seus estereótipos sobre o envelhecimento e verificado o impacto destes no bem-estar e autonomia dos idosos, através de relações de moderação. Estes dados foram recolhidos através de questionários. Os resultados revelaram que os autoestereótipos fortalecem a autoeficácia dos idosos e esta fortalece tanto o seu sentimento de bem-estar como de autonomia. Os estereótipos de cuidadores/familiares próximos mostraram também ter um impacto na relação entre autoeficácia e autonomia dos idosos, em particular para os idosos com baixo nível de autoeficácia, ainda que esta relação não tenha sido encontrada para o bem-estar. As crenças positivas que os idosos têm sobre a velhice são fulcrais para o envelhecimento satisfatório, uma vez que se relacionam com a autoeficácia, bem-estar e autonomia. As crenças negativas por parte dos cuidadores poderão levar a um apoio social menos eficaz, especialmente quando os idosos têm uma baixa perceção de autoeficácia. Pelo contrário, as crenças positivas poderão contribuir para a autonomia de idosos com baixa autoeficácia, através de apoio social promotor da autodeterminação dos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo; Autoestereótipos; Estereótipos; Autoeficácia; Bem-estar; Autonomia.

ABSTRACT

Due to the costs associated with the increase of life expectancy, the way people grow old became a current issue. When it comes to active ageing, stereotypes, self-stereotypes and self-efficacy are relevant aspects to the well-being and autonomy of the elderly. Therefore, in this research the effect of the ageing beliefs (self-stereotypes) in the well-being and autonomy was examined in a sample of 82 elderly, through the mediation of self-efficacy. Also 76 caregivers/close relatives were questioned about their stereotypes on ageing and these were analyzed through moderation of the relationship between self-efficacy and well-being/autonomy. The data was collected through questionnaires. The results revealed that the self-stereotypes of the elderly strengthen their self-efficacy, hence, strengthening the sense of well-being and autonomy as well. The stereotypes of the caregivers/close relatives did not reveal any impact in the relationship between self-efficacy and well-being, but they revealed a significant impact in the relationship between self-efficacy and autonomy, particularly for those who have low self-efficacy. The positive beliefs on ageing held by the elderly are vital to successful ageing, once they are associated with self-efficacy, well-being and autonomy. The negative beliefs held by the caregivers/close relatives might lead to ineffective social support, especially when the elderly have a sense of low self-efficacy. Otherwise, the positive beliefs may contribute to the autonomy of the elderly who have low self-efficacy, through social support that promotes the self-determination of the elderly.

Key-words: Active ageing; Self-stereotypes; Stereotypes; Self-efficacy; Well-being; Autonomy.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
O Envelhecimento Ativo ou Bem Sucedido	3
Crenças Sobre o Envelhecimento: Estereótipos, Autoestereótipos e Autoeficácia.....	4
O Bem-Estar: Perspetivas Hedónicas, Eudaimónicas e Integradoras.....	7
Bem-Estar nos Idosos	10
A Autonomia nos Idosos	11
Relação entre Autoeficácia, Autonomia e Estereótipos dos Cuidadores.....	12
O Presente Estudo: Objetivos, questões e hipóteses.....	14
MÉTODO	17
Participantes.....	17
Procedimento	18
Instrumentos	20
<i>Listas de autoestereótipos do idoso e estereótipos dos cuidadores/familiares</i> <i>próximos</i>	20
<i>Perceção de autoeficácia – Escala de autoeficácia geral (GSE)</i>	21
<i>Bem-estar - Mental health continuum - short form (MHC-SF)</i>	21
<i>Autonomia – Autonomia percebida na velhice (APV)</i>	22
Procedimentos de Análise	22
Fiabilidade e validade das escalas	25
<i>Validade da escala de autoeficácia geral (GSE)</i>	25
<i>Validade do mental health continuum short - form (MHC-SF)</i>	26
<i>Validade da escala autonomia percebida na velhice (APV)</i>	27
RESULTADOS	29
Análise Descritiva e Inferencial	29
Análises de Mediação	32
Análises de Moderação.....	33
DISCUSSÃO	36
Estereótipos e Autoestereótipos.....	36
Autoeficácia, Bem-Estar e Autonomia – O Efeito da Idade.....	37

Bem-Estar Emocional, Psicológico e Social	39
Bem-Estar e Literacia	40
As Crenças Acerca do Envelhecimento e o Bem-Estar e Autonomia dos Idosos	41
Limitações e Sugestões para Estudos Futuros	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	53

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida tem-se revelado um indicador do desenvolvimento dos países ao nível sociopolítico, educacional e biomédico. No mundo inteiro, e em especial na Europa, assistimos a um envelhecimento cada vez mais acentuado da população. No entanto, nem sempre viver mais anos significa vivê-los com qualidade. A idade avançada associa-se muitas vezes à doença e à incapacidade e a todos os custos socioeconómicos que daí advêm, pelo que se torna importante procurar modos de ajudar os indivíduos a envelhecer de forma saudável e gratificante.

Têm sido utilizados, ao longo dos tempos, diferentes termos para designar o envelhecimento pautado pela presença de boas condições de saúde, elevados níveis de funcionamento físico, cognitivo e emocional e grande envolvimento com a vida (Férrnandez-Ballesteros, 2005). Alguns dos termos mais utilizados têm sido “envelhecimento bem-sucedido” (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Kahn, 1998), “envelhecimento ótimo” (Férrnandez-Ballesteros, 2005) e “envelhecimento ativo” (OMS, 2002).

O envelhecimento ativo tem sido promovido pela Organização Mundial de Saúde como um modo de otimizar oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, melhorando a qualidade de vida dos idosos (2002). A ideia principal é que os indivíduos idosos poderão continuar a ser membros importantes da sociedade, apesar de já não contribuírem para a força de trabalho. Para envelhecer de forma ativa, a participação na família e na comunidade e a manutenção da autonomia e independência são fatores tão importantes quanto o cuidado com a saúde física.

A investigação em diversas áreas tem vindo a mostrar que o processo de envelhecimento não está à mercê do acaso e é possível aprender a envelhecer de forma positiva (Férrandez-Ballesteros, 2002). Para tal, é importante compreender o modo como os indivíduos envelhecem. A forma como a sociedade em geral encara o envelhecimento influencia as atitudes e comportamentos dos indivíduos idosos, podendo potenciar ou desencorajar o envelhecimento ativo. Em especial, os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos assumem grande relevância no modo como os idosos se comportam (Coudin & Alexopoulos, 2010). Os autoestereótipos também parecem influenciar o comportamento dos idosos a vários níveis (Hess, Hinson, & Statham, 2004; Levy, 1996) pelo que é fundamental compreender como as crenças de autoeficácia, que influenciam o desempenho, estão relacionadas com os autoestereótipos.

Assim sendo, neste estudo irão ser abordados os autoestereótipos dos idosos, os estereótipos sobre o envelhecimento que pessoas próximas aos idosos possuem, as crenças de autoeficácia dos idosos e o impacto destas variáveis nos seus níveis de bem-estar e autonomia. Este estudo desenvolve-se em articulação com um estudo de doutoramento sobre envelhecimento ativo que se encontra a decorrer (Polido, 2009). Para além do estudo de doutoramento referido, não se conhecem outros que tenham investigado a relação entre as variáveis mencionadas, cruzando dados relatados pelo idoso com dados relatados por cuidadores/familiares próximos. Espera-se que este trabalho ajude a clarificar o papel das variáveis selecionadas para o bem-estar e autonomia do idoso e contribua de forma mais aplicada para o desenvolvimento de intervenções com vista a um envelhecimento mais gratificante.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Envelhecimento Ativo ou Bem Sucedido

A psicologia tem-se ocupado do estudo do envelhecimento, adotando, sobretudo, uma perspetiva desenvolvimentista, ou seja, enquadrando-o num quadro holístico do curso de vida. É através de processos de seleção, otimização e compensação que os indivíduos se vão adaptando a essas mudanças (Baltes & Baltes, 1990). Estes processos assumem uma particular relevância na idade adulta avançada devido a uma acentuação das perdas inerentes à idade. O conceito de seleção refere-se à restrição a um domínio de funcionalidade específico devido à perda de reservas com o aumento da idade e implica um ajustamento das expectativas, de modo a permitir ao indivíduo continuar a sentir uma sensação de controlo e uma experiência subjetiva de satisfação no domínio das suas capacidades. Por outro lado, a otimização permite ao indivíduo focar-se mais nas reservas que possui e envolver-se em comportamentos que possibilitem aumentá-las. Por último, a compensação permite utilizar recursos do meio (ou pessoais) para suprir necessidades que resultam da perda de capacidades. Estes processos de seleção, otimização e compensação são um modo ativo de regulação do desenvolvimento de cada um, pois permitem que os indivíduos façam determinadas escolhas ou mudanças no seu ambiente de modo a corresponder às suas necessidades e/ou objetivos (Freund & Baltes, 2007). Este processo autorregulatório permite aos indivíduos ganhar assim alguma margem de controlo no desenrolar do seu envelhecimento, quer seja através da comparação que fazem de si próprios com outros indivíduos idosos, ativando autoestereótipos, quer seja pela análise do seu estado de funcionalidade relativamente àquilo que consideram ser capazes de fazer, isto é, a sua perceção de autoeficácia.

Crenças Sobre o Envelhecimento: Estereótipos, Autoestereótipos e Autoeficácia

Os estereótipos correspondem, de uma forma geral, a crenças acerca das características, atributos e comportamentos dos membros de um determinado grupo (Hilton & Von Hippel, 1996). Os estereótipos podem englobar características positivas ou negativas e o seu propósito é o de simplificar a visão que os indivíduos têm do mundo ao julgar as pessoas através das suas características mais salientes (Burkley & Blanton, 2009). Os estereótipos associados aos idosos tendem a ser mais negativos do que positivos (Marques, Lima, & Novo, 2006). Apesar de simplificarem a visão do mundo e ajudarem a estabelecer uma sensação de coerência do comportamento das pessoas, os estereótipos negativos acabam por ter um efeito pernicioso, levando à discriminação dos indivíduos. Os estereótipos negativos mais associados aos idosos descrevem os indivíduos como “doentes”, “inúteis”, “dependentes”, “velhos” ou “em deterioração” e “próximos da morte” (Levy, Housdorff, Hencke, & Wei, 2000; Sherwin & Winsby, 2010; Marques, et al., 2006; Sherwin & Winsby, 2010). Alguns estudos têm revelado que os estereótipos negativos acerca do envelhecimento podem resultar em mais do que apenas discriminação. Estudos em que idosos são expostos a estereótipos negativos têm tido como alguns resultados piores desempenhos em tarefas de memória (Hess et al., 2004; Levy, 1996), uma pior autoavaliação do seu estado de saúde e uma maior exibição de comportamentos de dependência (Coudin & Alexopoulos, 2010). Por outro lado, a exposição a estereótipos positivos parece também ter influência nos indivíduos, a vários níveis, contribuindo para os indivíduos viverem mais anos, através da vontade de viver (Levy, Slade, Kunkel, Kasl, & 2002), terem melhor desempenho em tarefas de memória (Levy, 1996) e menor stress cardiovascular (Levy et al., 2000).

Porém, não são só as crenças da sociedade em geral que têm impacto no processo de envelhecimento. As crenças que os próprios idosos possuem são também

muito importantes. Os autoestereótipos associados ao envelhecimento surgem como crenças que os indivíduos idosos atribuem a si próprios enquanto membros da categoria dos idosos (Levy et al., & 2002). Atributos como ser “avô(ó)”, “reformado(a)”, “experiente”, “maduro(a)”, “conservador(a)” ou “conselheiro(a)” estão entre os que os idosos associam ao próprio grupo dos idosos como sendo os mais característicos (Marques et al., 2006). Uma explicação possível para a formação destes autoestereótipos reside no facto de que estes se formam enquanto estereótipos ainda na infância, de forma não consciente e são reforçados durante a vida adulta. Ao atingir a idade adulta avançada, esses estereótipos são assimilados e os indivíduos acabam por acreditar que constituem descrições reais de si próprios, tornando-se em profecias autorrealizáveis (Levy, 2003). Como já foi referido anteriormente, a exposição a estereótipos negativos influencia o desempenho dos idosos a vários níveis e, deste modo, a internalização dos mesmos poderá ter efeitos semelhantes. Ao assimilar a crença de que não é possível obter um bom desempenho em determinada área, tal poderá levar a que o indivíduo se desmotive e se distancie da mesma, reduzindo o esforço que faz para ter um melhor desempenho (Burkley & Blanton, 2009). Por outro lado, através do mesmo processo de internalização, a exposição a estereótipos positivos poderá ter um efeito positivo no desempenho dos indivíduos.

A autoeficácia percebida pode ser definida como a crença na capacidade pessoal para organizar e executar as ações necessárias para produzir os resultados desejados (Bandura, 1997). Na realização de uma tarefa, a obtenção de sucesso e o alcance dos resultados desejados depende das competências reais dos indivíduos. No entanto, essas competências dependem muito da avaliação que é feita acerca das mesmas (Bandura, 1986). Quando um indivíduo sobrestima a sua capacidade de desempenho, pode acabar por se propor a executar tarefas para as quais não tem competências suficientes,

alcançando resultados negativos. Da mesma forma, quando um indivíduo subestima a sua capacidade de ação, inibe-se de realizar certas tarefas que percebe como sendo demasiado exigentes para si. Uma avaliação realista das suas capacidades torna-se a chave para ser-se bem sucedido. Quando assim é, as crenças de autoeficácia conferem unidade, continuidade e direção às ações dos indivíduos. O facto de as pessoas acreditarem ser capazes de atingir determinado objetivo, fornece-lhes incentivo para se envolverem em certas atividades ou para prosseguirem em face da adversidade (Caprara & Steca, 2005).

Com a idade, há uma diminuição da sensação de controlo, uma vez que muitas das mudanças associadas ao envelhecimento não são controláveis (Lachman, Neupert, & Agrigoroaei, 2011). As maiores mudanças dizem respeito às contingências e limites do meio que diminuem o número de oportunidades que o idoso tem para exercer controlo, tendo menos possibilidades de pôr à prova a sua competência. Tal facto pode levar a uma avaliação menos realista das crenças de autoeficácia por parte dos idosos, ao terem por base comparações com desempenhos anteriores ou com o desempenho de outras pessoas (Bandura, 1986). Os autoestereótipos dos idosos moldam as suas próprias expectativas de sucesso, influenciando o comportamento. Existem vários estudos que referem o papel da autoeficácia enquanto variável mediadora do efeito dos autoestereótipos no desempenho (Levy, 1996; Levy et al., 2000).

Ainda assim, os idosos tendem a manter um certo nível de percepção autoeficácia durante o processo de envelhecimento (Lachman et al., 2011). Lachman (1986) refere inclusive que as crenças de autoeficácia podem aumentar na idade adulta avançada face a faixas etárias anteriores, quer seja pelo facto de os idosos terem menos expectativas para si próprios, quer por terem menos responsabilidades ou por efeitos de coorte. De qualquer modo, o que parece ter um impacto mais negativo nas crenças de autoeficácia

não é a idade por si só, mas a ocorrência de mudanças na vida, como a reforma, alterações nos papéis sociais, o aparecimento de dificuldades económicas e de problemas de saúde (Gecas, 1989).

O estudo das crenças de autoeficácia é importante não só para a compreensão do desempenho mas, essencialmente, pelo impacto que tem ao nível do bem-estar. Perante as dificuldades, as pessoas com maiores níveis de autoeficácia são as que perseveram e se mostram resilientes, não se abandonando ao desespero (Bandura, 1986). A autoeficácia é considerada um preditor do bem-estar, no sentido em que, quando a pessoa se percebe como capaz, adota uma postura de resolução dos problemas e tem um papel ativo na resolução dos mesmos, levando a maiores níveis de felicidade e uma visão mais otimista da vida (Karademas, 2007; Luszczynska, Gutiérrez-Doña, & Schwarzer, 2005).

O Bem-Estar: Perspetivas Hedónicas, Eudaimónicas e Integradoras

Ao longo do tempo o bem-estar tem sido estudado principalmente em duas vertentes, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo, também designado por emocional, orienta-nos para uma perspetiva mais hedónica, ou seja, para o estudo das fontes de prazer relatadas pelos indivíduos (emoções, satisfação, felicidade). No entanto, alguns autores têm referido que avaliar apenas o bem-estar subjetivo é redutor. Nem todas as emoções positivas trazem como resultado o bem-estar, pois nem sempre fazer o que dá prazer traz bons resultados (Ryan & Deci, 2001). Além disso, apesar de conceitos como felicidade, satisfação ou qualidade de vida ocuparem um lugar importante na investigação sobre bem-estar, trazem pouco conhecimento acerca do que constitui o bom funcionamento psicológico (Ryff & Keyes, 1995). Mais, alguns indicadores podem ser falíveis, como a satisfação, por exemplo, pois enquanto

indicador de felicidade pode ser influenciada pelo modo como as pessoas se sentem no momento em que se está a avaliar a mesma (Seligman, 2011). Portanto, numa abordagem distinta, encontramos o bem-estar psicológico que se traduz numa orientação mais eudaimónica, focando o bem-estar como resultado da vivência dos indivíduos de acordo com o seu verdadeiro self, ou seja, de forma congruente com os seus valores (Ryan & Deci, 2001).

O bem-estar tem sido entendido como um fenómeno multidimensional que inclui aspetos hedónicos e eudaimónicos (Ryan & Deci, 2001), e, embora sejam perspetivas distintas, estão intimamente relacionadas (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Considera-se existir uma relação entre os construtos postulados por ambas, pelo que uma abordagem mais global sobre o bem-estar deve conter indicadores de ambas as perspetivas. Porém, o bem-estar não é apenas um fenómeno privado (ou seja, psicológico) uma vez que os indivíduos estão inseridos em estruturas sociais onde desempenham diferentes papéis e estão sujeitos a múltiplos desafios (Keyes, 1998). Como tal, falamos de bem-estar social quando falamos do funcionamento público do indivíduo, o qual decorre da avaliação que os indivíduos fazem da sua posição e do seu funcionamento em sociedade (Keyes, 1998).

Na conceção de saúde mental de Keyes (2005) encontramos uma abordagem abrangente ao bem-estar, que inclui as já anteriormente referidas fontes de bem-estar, isto é o bem-estar emocional e psicológico e ainda o bem-estar social. Para avaliar o bem-estar emocional, os indicadores principais são a satisfação com a vida, o afeto positivo e a ausência de afeto negativo (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). O bem-estar psicológico é definido em seis dimensões: a autoaceitação, as relações positivas com os outros, a mestria ambiental, a autonomia, o sentido da vida e o crescimento pessoal (Ryff, 1995). A autoaceitação envolve o desenvolvimento de uma atitude

positiva em relação a si próprio, ao seu passado e até uma aceitação das suas qualidades e defeitos. As relações positivas com os outros implicam a satisfação com relacionamentos calorosos e significativos para o indivíduo. A mestria ambiental relaciona-se com o controlo, com a capacidade para gerir as atividades e necessidades dentro do seu contexto ambiental. O sentido da vida e o crescimento pessoal prendem-se com a continuidade do desenvolvimento, com o estabelecimento de objetivos e de uma direção na evolução e crescimento individual. Finalmente, a autonomia, é definida como o conceito que permite a autodeterminação e independência dos indivíduos face ao exterior. Por último, no bem-estar social as dimensões avaliadas são a integração, a aceitação, a contribuição, a atualização e a coerência e refletem a pluralidade dos desafios sociais. A integração social engloba a avaliação da qualidade da relação que um indivíduo tem com a sociedade, ou seja, até que ponto sente que faz parte dela. A aceitação é uma dimensão semelhante à autoaceitação, mas em termos coletivos, ou seja, os indivíduos que a demonstram, acreditam nas capacidades dos outros e, de forma positiva, na natureza humana. A contribuição diz respeito ao grau em que o indivíduo acredita ser capaz de trazer algo para a sociedade, o seu valor social. Outra faceta é a atualização, ligada à avaliação do potencial e do progresso da sociedade, incluindo conceitos como crescimento e desenvolvimento. Por fim, a coerência refere-se à perceção da qualidade, organização e modo de funcionamento do mundo social, ou seja, o sentido que traz para o indivíduo a sociedade. É esta abordagem integradora aquela que será seguida no âmbito deste trabalho.

Bem-Estar nos Idosos

O estudo do bem-estar especificamente no grupo dos idosos é de grande importância uma vez que é considerado um indicador de adaptação à condição de idoso, revelando um envelhecimento bem sucedido (Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005). Os idosos tendem a regular as suas emoções no sentido de diminuir o afeto negativo e as emoções negativas, numa estratégia de envelhecimento bem-sucedido em que se pretende compensar eventuais perdas cognitivas e manter/melhorar as relações sociais (Moraitou & Efklides, 2007). Por isso mesmo, o bem-estar emocional é a dimensão de bem-estar em que os idosos obtêm resultados mais elevados (Westerhof & Keyes, 2010). Por oposição, o bem-estar social tende a ser a dimensão em que se os idosos obtêm resultados mais baixos. O bem-estar social nos adultos em geral, tem uma relação com o nível de literacia dos mesmos, tendendo a aumentar com o aumento do nível de habilitações literárias que os indivíduos possuem (Keyes, 1998).

Alguns resultados de estudos portugueses têm mostrado que os idosos sentem alguma insatisfação, têm atitudes negativas face ao envelhecimento e sentem-se agitados/ansiosos (Paúl et al., 2005). Apesar disso, a qualidade de vida não é avaliada de forma muito negativa (Paúl et al., 2005; Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003). O bem-estar nos idosos está intimamente ligado a fatores contextuais relacionados com a qualidade de vida dos mesmos. A heterogeneidade do processo de envelhecimento é grande, pelo que nem todos os idosos experienciam o mesmo nível de bem-estar, em parte devido à influência de indicadores ambientais, como a rede de suporte, o acesso a serviços de saúde e de outros serviços comunitários, e sociodemográficos, como o nível de educação e capacidade financeira (Paúl et al., 2005).

Alguns autores têm referido que, face a fases anteriores da vida, o bem-estar não tende a diminuir com o envelhecimento, mesmo perante as perdas que o envelhecimento acarreta (Caprara & Steca, 2005; Diener et al., 1999). A este fenómeno dá-se o nome de “paradoxo do bem-estar” (Mroczek & Kolarz, 1998). Isto significa que as diferenças entre grupos de indivíduos ao nível do bem-estar não se devem apenas aos fatores sociodemográficos, que distinguem os membros desses mesmos grupos (e.g., idade, género, nível educacional), mas também a fatores pessoais e contextuais. Num estudo efetuado apenas com mulheres idosas (Novo, 2003), foi constatado que as participantes com maior bem-estar psicológico apresentavam também uma avaliação positiva de si próprias, uma satisfação com a vida presente e passada, capacidade para se relacionarem com os outros de modo positivo e menor vulnerabilidade psicológica (sinais de sofrimento emocional e tensão psicológica).

Em suma, apesar dos idosos habitualmente relatarem níveis satisfatórios de bem-estar, em especial no bem-estar emocional, é necessário ter em conta fatores pessoais e contextuais que influenciam a satisfação, a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos e, em última análise, a forma como se envelhece.

A Autonomia nos Idosos

A autonomia tem sido referida como uma das necessidades psicológicas básicas do ser humano, a qual contribui de forma importante para o bem-estar dos indivíduos. A teoria da autodeterminação (Ryan & Deci, 2000) destaca três necessidades básicas do ser humano - autonomia, competência e relacionamento - as quais têm sido relacionadas com a felicidade e o bem-estar dos indivíduos.

A necessidade de autonomia diz respeito à autogovernança do comportamento (Ryan & Deci, 2000). Relaciona-se, sobretudo, com a possibilidade de fazer escolhas congruentes consigo próprio, com os seus valores e com a sua vontade. No entanto, a

autonomia pode não relacionar-se apenas com a possibilidade de escolha, mas também com a possibilidade de exercer comportamentos de forma independente (Ryff, 1995). Esta definição mais abrangente vai ao encontro do que os idosos consideram como autonomia (Warner, Ziegelmann, Schulz, Wurm, Tesch-Römer, & Schwarzer, 2011).

Com o aumento da esperança média de vida, a manutenção da autonomia torna-se vital para a saúde e bem-estar dos idosos (Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher, & Stähelin, 2006). Não só a nossa sociedade valoriza a manutenção da autonomia e independência, como as próprias dinâmicas familiares atuais não permitem que os familiares possam cuidar dos seus idosos como antigamente. Assim sendo, envelhecer de forma ativa ou bem sucedida, implica manter níveis importantes de autonomia. Uma das maiores limitações à autonomia sentida pelos idosos reside nas mudanças nos papéis sociais, como por exemplo, a saída do mercado de trabalho e entrada na reforma. Além disso, as próprias alterações físicas (como por exemplo, incapacidades físicas) ao longo do processo de envelhecimento vão sendo encaradas como ameaças à autonomia (Warner et al., 2011). No entanto, a autonomia pode ser também influenciada por aspetos do meio social dos idosos, através das expectativas expressadas pelos cuidadores ou familiares próximos dos idosos (Rowe & Kahn, 1987, citado por Coudin & Alexopoulos, 2010).

Relação entre Autoeficácia, Autonomia e Estereótipos dos Cuidadores

Habitualmente os idosos com crenças mais elevadas de autoeficácia relatam também níveis mais elevados de autonomia, mas existem circunstâncias em que baixas crenças de autoeficácia não se relacionam com baixos níveis de autonomia, uma vez que os idosos compensam a falta de autoeficácia com comportamentos de procura de apoio social. Importa no entanto salientar que, indivíduos idosos com elevadas crenças de

autoeficácia reagem negativamente ao apoio social, pois entendem-no como uma ameaça à sua autonomia e independência (Warner et al., 2011).

A prestação de apoio social por parte dos cuidadores depende do modo como estes avaliam as capacidades dos idosos (Coudin & Alexopoulos, 2010). Assim sendo, a autonomia dos idosos pode ser adicionalmente explicada por uma influência externa, isto é, as crenças de outros significativos (cuidadores/familiares) acerca das capacidades dos idosos.

Em todas as faixas etárias os indivíduos possuem uma série de concepções acerca da velhice, muitas delas negativas, que acabam por influenciar as expectativas e comportamentos que se têm para com as pessoas idosas (Férrandez-Ballesteros, 2002). Esses estereótipos negativos influenciam as crenças de autoeficácia dos idosos, podendo aumentar os comportamentos de dependência (Montorio, Trocóniz, Colodrón, & Losada, 2002). Ao percecionarem os indivíduos idosos como frágeis e necessitados de mais ajuda, desencadeiam mais comportamentos de apoio nas atividades da vida diária (Coudin & Alexopoulos, 2010). De acordo com Little (1988, citado por Montorio et al, 2002), desenvolve-se um processo interativo entre idoso e cuidador, em que as expectativas negativas do cuidador em relação à capacidade de desempenho do idoso levam o cuidador a ter comportamentos de sobreproteção, privando o idoso de oportunidades para desempenhar determinadas tarefas, diminuindo a capacidade do mesmo (por falta de prática) para as realizar e aumentando a sua dependência (por perceção de incapacidade), cumprindo assim as profecias iniciais do cuidador. Desta forma, o ambiente social dos idosos ao ignorar o comportamento independente e ao atender aos comportamentos dependentes, pode reforçar a dependência, reduzindo assim a probabilidade de exibição de autonomia (Baltes & Baltes, 1990).

O Presente Estudo: Objetivos, questões e hipóteses

Posto esta revisão de literatura, pretende explorar-se neste estudo o impacto das crenças acerca do envelhecimento no bem-estar e autonomia dos indivíduos idosos.

É objetivo inicial deste estudo caracterizar os autoestereótipos, os estereótipos dos cuidadores/familiares, a autoeficácia, o bem-estar e a autonomia dos idosos. Para tal, colocam-se as seguintes questões de investigação e hipóteses:

(Q1) Qual a relação entre os autoestereótipos dos idosos e os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos?

(Q2) Como variam com a idade avançada, a autoeficácia, o bem-estar e a autonomia dos idosos?

(H1) Espera-se que os autoestereótipos e os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos sejam mais negativos do que positivos (Marques et al., 2006);

(H2) Em relação ao bem-estar, espera-se:

(a) existirem diferenças entre os resultados dos idosos nas diferentes dimensões do bem-estar, no sentido de resultados mais elevados na subescala de bem-estar emocional do que nas subescalas de bem-estar psicológico e de bem-estar social (Westerhof & Keyes, 2010);

(b) existir uma relação entre bem-estar social e nível de literacia, sendo expectável que os idosos com maiores habilitações literárias revelem resultados mais elevados no bem-estar social (Keyes, 1998).

O objetivo principal deste estudo é o de compreender a relação entre autoestereótipos e bem-estar e autonomia dos idosos, através da mediação pela perceção de autoeficácia e, também, compreender o papel moderador dos estereótipos dos cuidadores/familiares próximos na autonomia e no bem-estar relatados pelos idosos (Fig. 1).

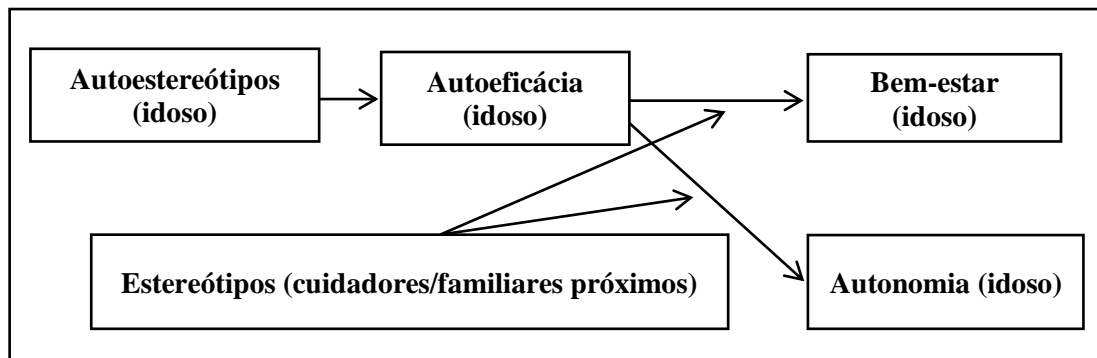


Figura 1. Relação entre as variáveis em estudo

Para estudar estas relações, colocam-se as seguintes hipóteses:

(H3) É de esperar uma relação positiva entre autoestereótipos e bem-estar dos idosos, tendo a autoeficácia um efeito mediador entre ambas as variáveis, decorrente da relação entre autoestereótipos e perceção de autoeficácia (Bandura, 1986; Levy, 1996; Levy et al., 2000) e da relação positiva entre perceção de autoeficácia e bem-estar (Karademas, 2007; Luszczynska et al., 2005);

(H4) Espera-se uma relação positiva entre autoestereótipos e autonomia dos idosos, tendo a autoeficácia um efeito mediador entre estas variáveis, decorrente da relação positiva entre autoestereótipos e perceção de autoeficácia (Bandura, 1986; Levy, 1996; Levy et al., 2000) e da relação positiva entre perceção de autoeficácia e níveis de autonomia (Warner et al., 2011);

(H5) Espera-se encontrar ainda uma relação positiva entre percepção de autoeficácia do idoso e o seu bem-estar, moderada pelos estereótipos dos cuidadores, decorrente da relação positiva entre estereótipos negativos por parte dos cuidadores e menor percepção de autoeficácia por parte dos idosos (Montorio et al., 2002);

(H6) É também esperado que exista uma relação positiva entre percepção de autoeficácia e a autonomia dos idosos moderada pelos estereótipos dos cuidadores, decorrente da relação positiva entre os estereótipos negativos por parte dos cuidadores e menor percepção de autoeficácia por parte dos idosos (Montorio et al., 2002).

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 82 indivíduos, 53 mulheres e 29 homens, frequentadores de Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e outros participantes recrutados através de contactos pessoais, constituindo assim uma amostra de conveniência. A seleção teve como único critério ter-se 65 anos ou mais e não possuir nenhum comprometimento cognitivo impeditivo da compreensão das questões ou da capacidade de elaboração de respostas. A idade dos participantes variou entre os 65 e os 97 anos, com uma média de idades de 76 anos, desvio-padrão de 7.5. Em relação às habilitações académicas, a maioria dos participantes apenas concluiu o 1º Ciclo (49%), existindo ainda uma percentagem que não foi à escola (15%). Encontrou-se ainda 10% de participantes com o 2º Ciclo concluído, 8% com o 3º Ciclo e 6% dos participantes concluíram o Ensino Secundário. Cerca de 7% dos participantes possuía uma licenciatura e 5% prosseguiram os estudos além da licenciatura.

Participaram igualmente no estudo, 76 indivíduos identificados como cuidadores/familiares próximos dos idosos participantes, sendo que 60 eram mulheres e 16 homens. As idades destes participantes variaram entre os 20 e os 80 anos, sendo que a média se situou nos 44 anos, com desvio-padrão de 15. Em relação às suas habilitações académicas 16% possuía uma habilitação superior a licenciatura, 32% concluíram uma Licenciatura e 27% concluíram o Ensino Secundário. Os restantes participantes não prosseguiram estudos além do 1º, 2º ou 3º Ciclo (25%). A maior parte dos participantes cuidadores/familiares próximos relataram ter com o idoso uma relação de “filho/a” (49%), “cônjuge” (21%) ou “neto” (17%). Os auxiliares do centro de dia corresponderam apenas a 8% dos participantes identificados pelos idosos como alguém a quem solicitariam apoio caso necessitassem.

Procedimento

Foi inicialmente obtido o consentimento para a aplicação dos questionários em centros de dia da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Após o contacto inicial, foram mantidos contactos regulares ao longo do ano com os vários centros de dia para a recolha de dados. Os idosos neste contexto foram seleccionados pelos responsáveis das instalações. Contudo, alguns destes participantes acabaram por não responder aos questionários por terem demonstrado dificuldades emocionais, cognitivas ou mesmo por não terem vontade de participar e foram excluídos do estudo.

Alguns protocolos foram também distribuídos através de contactos pessoais e foram sendo preenchidos e recolhidos conforme a disponibilidade dos participantes.

Devido ao facto de este estudo estar articulado com um outro de doutoramento em curso, foram aplicados protocolos com mais questionários do que os utilizados para o presente estudo. Os questionários para o idoso que fazem parte da presente investigação foram aplicados pela seguinte ordem: Mental Health Continuum - MHC-SF (bem-estar), duas Listas de traços estereotípicos (estereotipicalidade e valência), Escala de Autoeficácia Geral - GSE (autoeficácia) e Autonomia Percebida na Velhice – APV (autonomia). Ambas as listas de traços estereotípicos foram aplicadas em conjunto, e assim sendo, para cada traço foi questionado ao participante se o considerava ou não associado aos idosos e se o considerava positivo ou negativo, de modo a não tornar a tarefa repetitiva.

Os dados foram recolhidos através de questionários de autorrelato, em formato de papel e lápis. No caso dos participantes idosos, em algumas situações, foram os próprios idosos que preencheram os questionários de forma autónoma. No entanto, devido aos baixos níveis de escolaridade e a alguma relutância por parte dos idosos em responder aos protocolos de forma independente, na maioria dos casos os dados foram

obtidos através de aplicações individuais em que o aplicador leu as perguntas e registou por escrito as respetivas respostas. Este método permitiu estabelecer a relação com mais facilidade, aumentando a adesão, apesar da morosidade que acrescentou ao processo. Foram disponibilizadas salas individuais para a realização das aplicações nas instalações dos centros de dia que acordaram participar no estudo, de modo a garantir a não existência de interferências no decorrer das mesmas. As aplicações individuais demoraram entre 1 hora e 30 minutos a 2 horas, sendo que algumas foram efetuadas em dois momentos diferentes para não cansar o participante.

Os participantes cuidadores/familiares próximos foram selecionados pelo participante idoso, através de uma questão no protocolo em que foi solicitado que o idoso nomeasse uma fonte de apoio informal no caso de alguma vez necessitar da assistência de alguém. O protocolo referente ao participante foi então entregue ao idoso para que este o fizesse chegar ao cuidador/familiar próximo. No caso de idosos a viverem sozinhos, sem família próxima ou com familiares pouco disponíveis para responder aos questionários, foram nomeados auxiliares/animadores/educadores que trabalhavam no centro de dia e conheciam bem o idoso para responder ao referido protocolo. Mais uma vez, os protocolos de investigação para o participante escolhido pelo idoso continham todos os questionários utilizados no estudo de doutoramento de Ana Polido (2009), sendo que, para o atual estudo foram apenas utilizadas as duas Listas de traços estereotípicos, para avaliar os estereótipos destes participantes em relação aos idosos em geral.

A todos os participantes foram explicitados os objetivos da investigação, as instruções de preenchimento e salvaguardadas a voluntariedade da participação, a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes. Estas questões foram

asseguradas por escrito, no protocolo de investigação, mas também oralmente aquando da aplicação dos questionários aos idosos em contexto de centro de dia.

Instrumentos

Como instrumentos de medida foram utilizadas as seguintes escalas, já devidamente traduzidas e adaptadas, a partir do protocolo do estudo de doutoramento de Ana Polido (2009).

Listas de autoestereótipos do idoso e estereótipos dos cuidadores/familiares próximos

Este instrumento é composto por duas listas de 20 traços estereotípicos associados a pessoas idosas (Marques et al., 2006), sendo que numa primeira lista os participantes têm de avaliar em que medida cada característica se associa ao grupo dos idosos (estereotipicidade), numa escala de 0 a 10 (0 - nada associado a 10 - completamente associado) e na segunda lista têm de fazer uma avaliação dessas mesmas características, indicando se são positivas ou negativas (valência), utilizando também uma escala de 0 a 10 (0 - completamente negativa a 10 - completamente positiva). Os valores totais obtidos em cada uma das listas podem oscilar entre 0 e 200. Quando este instrumento é respondido pelo participante idoso avalia os seus autoestereótipos (Anexo 1), quando respondido pelo participante selecionado pelo idoso como seu cuidador, avalia os estereótipos do cuidador sobre os idosos em geral (Anexo 2).

De acordo com a literatura (Marques et al., 2006), considerou-se que, se um atributo obtinha uma média superior a 5, inferiu-se com um grau de confiança de 95% que o atributo era considerado pela população como sendo estereotípico. Para a valência, considerou-se que se a média do atributo estivesse acima de 5, inferia-se com um grau de confiança de 95% que esse atributo era considerado pela população como positivo, se

o valor médio estivesse abaixo de 5, inferia-se com 95% de confiança que a população considerava esse atributo como negativo.

Perceção de autoeficácia – Escala de autoeficácia geral (GSE)

Foi utilizada a Escala de Autoeficácia Geral (Anexo 3) desenvolvida por Jerusalém e Schwarzer em 1993 e traduzida e adaptada para português por Polido, Alvarez e Marques Pinto (2010) no âmbito do estudo de doutoramento de Ana Polido.

Trata-se de uma escala unidimensional, constituída por 10 itens, respondidos numa escala de tipo Likert (1 - nada verdadeira; 2 - pouco verdadeira; 3 - moderadamente verdadeira; 4 - totalmente verdadeira). Alguns exemplos de itens são: “(1) Consigo resolver sempre os problemas difíceis, se tentar bastante”; “(5) Sei como lidar com situações imprevistas, graças ao meu desembaraço” e “(7) Consigo manter-me calmo(a) quando me confronto com dificuldades, porque confio na minha capacidade para enfrentar as situações”. No total, obtém-se um resultado que varia entre 10 e 40.

Bem-estar - Mental health continuum - short form (MHC-SF)

Para avaliar o bem-estar foi utilizada a forma reduzida do Mental Health Continuum (MHC – SF) de Corey Keyes (2005), adaptado para português por Matos, Cherpe, Figueira e Marques Pinto (no prelo). O MHC-SF (Anexo 4) consiste em 14 itens e mede o bem-estar utilizando indicadores de três dimensões diferentes - bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. Para medir o bem-estar emocional a escala possui 3 itens, para o bem-estar psicológico 6 itens, um por cada dimensão e 5 itens para o bem-estar social, também com um item por dimensão. O participante tem de responder quantas vezes sentiu, no último mês, aspetos relacionados com o bem-estar, como “felicidade”, “satisfação”, “fazer parte da comunidade” ou “ter relações calorosas e de confiança com pessoas da mesma idade”. A resposta é fornecida numa escala de

tipo Likert de 6 pontos: 1 - nunca; 2 - 1 ou 2 vezes por mês; 3 - cerca de 1 a 2 vezes por semana; 4 - cerca de 3 a 4 vezes por semana; 5 - quase todos os dias; 6 - todos os dias. Os resultados totais podem variar entre 14 e 84.

Autonomia – Autonomia percebida na velhice (APV)

Para avaliar os níveis de autonomia foi utilizada a escala Perceived Autonomy in Old Age (Wahrgenommene Autonomie im Alter – WAA) de Ralf Schwarzer (2008), constituída por quatro itens que pretendem avaliar de um modo subjetivo a independência de ação e a liberdade de escolha dos idosos. Esta escala (Anexo 5) foi traduzida e adaptada também por Polido, Alvarez e Marques Pinto (2010) para o estudo de doutoramento referido.

Como exemplo, alguns dos itens que compõem a escala: “(1) Consigo organizar-me bem sozinho(a) na minha idade”; “(2) Tomo as minhas próprias decisões e não permito que os outros me tratem como se eu não fosse capaz”. Para responder, o indivíduo avalia as frases que constituem os itens, utilizando uma escala de tipo Likert de quatro pontos (1 - nada verdadeira; 2 - pouco verdadeira; 3 - moderadamente verdadeira; 4 - totalmente verdadeira) , cujo resultado pode variar entre 4 e 16.

Procedimentos de Análise

Os dados foram analisados através de procedimentos de análise quantitativa, utilizando o programa SPSS v. 20 e AMOS v. 20.

Inicialmente foram analisadas as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados (validade e fiabilidade). A validade de construto de cada instrumento (GSE, APV e MHC-SF) foi testada através de análise fatorial confirmatória, uma vez existir informação anterior acerca da estrutura fatorial dos mesmos. Especificaram-se um ou três factores, de acordo com as diferentes escalas, e interrelacionaram-se todos os factores quando múltiplos, tendo-se fixado as suas variâncias em 1.00. O ajustamento

dos modelos na análise fatorial confirmatória utilizou como critérios avaliativos o Qui-quadrado (X^2), o Qui-quadrado sobre graus de liberdade (X^2/df), o Índice de Ajustamento Comparativo (CFI), o Índice de Tucker-Lewis (TLI) e a Raiz da média quadrática dos erros de aproximação (RMSEA), sendo considerados ajustamentos satisfatórios os valores de X^2/df menores de 2 (Arbuckle, 2008), CFI e TLI superiores a .90 (Bentler, 1990; Bentler & Bonett, 1980) e RMSEA inferiores a .06 (Hu & Bentler, 1998). Foi ainda utilizada a Raiz quadrada média estandardizada dos residuais (SRMR) por ser um índice adequado a amostras pequenas, considerando como satisfatórios valores inferiores a .08 (Hu & Bentler, 1998). Utilizou-se como um outro critério avaliativo, pesos factoriais dos itens nos factores superiores a .45 e, ainda, os índices de modificação superiores a 8 como indicadores de problemas de ajustamento, os quais, após avaliação da sua plausibilidade teórica, conduziram à remoção ou deslocação de itens para outros factores e a correlações entre os erros sugeridos por estes índices. A fiabilidade das escalas foi verificada através do *alpha* de Cronbach.

Numa segunda fase foram efetuadas análises descritivas e inferenciais. Nas análises descritivas, foram calculados valores médios dos autoestereótipos e estereótipos e a diferença entre a média dos atributos positivos e dos negativos para verificar o sentido positivo ou negativo dos autoestereótipos e dos estereótipos dos cuidadores/familiares próximos. Uma vez que a escala de resposta vai de 0 a 10, a diferença poderia variar entre -10 (mínimo) e 10 (máximo), tendo ponto médio 0. Assim sendo, valores abaixo de 0 foram considerados reveladores de um estereótipo negativo, valores acima de 0 indicadores de estereótipos positivos e valores em torno de 0 considerados ambíguos. Foram também calculados os valores médios e de dispersão para caracterizar todas as outras variáveis em estudo.

Recorreu-se à correlação de Pearson para estudar a relação entre os autoestereótipos e os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos. No sentido de verificar a existência de diferenças entre as diferentes subescalas de bem-estar, foi utilizado um t-teste para amostras emparelhadas. Utilizou-se um t-teste para amostras independentes para identificar as diferenças entre autoeficácia, bem-estar, autonomia e a idade, criando dois grupos etários, um com indivíduos entre os 65 e os 70 anos e outro com indivíduos entre os 70 e os 97 anos. Esta divisão foi efetuada tendo em conta que existe um período de “lua-de-mel” após a reforma em que os indivíduos sentem maior bem-estar (Kim & Moen, 2002), o qual foi utilizado como ponto de comparação para avaliar as variáveis em estudo. O mesmo teste foi utilizado para estudar a relação entre as dimensões de bem-estar e os níveis de habilitações literárias. Para tal, procedeu-se à criação de dois grupos de habilitações literárias. Um dos grupos contou com os níveis “não foi à escola”, “1º ciclo” e “2º ciclo”, perfazendo assim o grupo de escolaridade mais baixa. O outro grupo contou com os níveis “3º ciclo”, “Ensino Secundário”, “Licenciatura” e “Outros”, pois constatou-se que este último nível abarcava na totalidade graus de ensino superiores como “Pós-graduação” ou “Mestrado”. Esta divisão resultou de do facto de se ter considerado a conclusão do 3º ciclo um nível de escolaridade elevado, tendo por referência o momento em que foi realizado.

As mediações e moderações foram avaliadas através de modelos de equações estruturais com o AMOS, usando o método da máxima verosimilhança e analisadas de acordo com os princípios de Baron e Kenny (1986). A significância dos coeficientes estruturais foi avaliada com o teste Z de Sobel, considerados significativos para $p < .05$. Foram testados dois modelos de mediação entre as variáveis: a variável resultado (bem-estar e autonomia), a variável preditora (autoestereótipos) e a variável mediadora (autoeficácia). Foram verificados os valores β , seguindo 4 passos na análise da

mediação: 1) verificação da relação entre a variável independente (v.i.) e a variável dependente (v.d.); 2) relação entre a v.i. e a variável mediadora (v.m.); 3) relação entre a v.m. e a v.d. e; por fim 4) os efeitos indiretos da v.i. sobre a v.d. através da v.m.. Para a análise dos efeitos de moderação, as variáveis foram centradas e escolhidos para os cálculos da moderação os quatro itens com maiores pesos fatoriais no factor na AFC. O fator latente de moderação foi definido pelo produto dos itens dos fatores incluídos na moderação. Todas estas relações foram testadas utilizando, para os autoestereótipos e estereótipos, uma variável criada a partir da diferença entre cada item estereotípico positivo e negativo.

Fiabilidade e validade das escalas

Para avaliar a fiabilidade, foi utilizado o *alpha* de Cronbach como indicador da consistência interna das escalas e subescalas encontradas (Quadro 1). Todas as escalas e subescalas demonstraram ter boa consistência interna.

Quadro 1 – *Consistência interna das escalas*

Escalas	<i>Alpha</i> de Cronbach
GSE	.92
APV	.84
MHC-SF (global)	.83
Subescala MHC-SF Bem-estar Emocional	.89
Subescala MHC-SF Bem-estar Psicológico	.73
Subescala MHC-SF Bem-estar Social	.74

Validade da escala de autoeficácia geral (GSE)

Na análise fatorial confirmatória, o modelo uni-fatorial da Escala de Autoeficácia Geral (GSE) original, ajustado à amostra em estudo, revelou uma qualidade de ajustamento sofrível ($X^2=82.88$; $X^2/df=2.37$; CFI=.91; TLI=.89; RMSEA=.13; SRMR=.06). Verificados os pesos fatoriais dos itens e, uma vez todos possuírem valores superiores a .45, nenhum item foi retirado da escala. Após ter sido efetuada a análise dos índices de modificação, foram correlacionados os erros de medida associados aos itens 1 e 5 e aos itens 7 e 8 e assim obtido um modelo com boa qualidade de ajustamento para uma versão final uni-fatorial com 10 itens ($X^2=56.65$; $X^2/df=1.71$; CFI=.96; TLI=.94; RMSEA=.09; SRMR=.05) (Fig. 2).

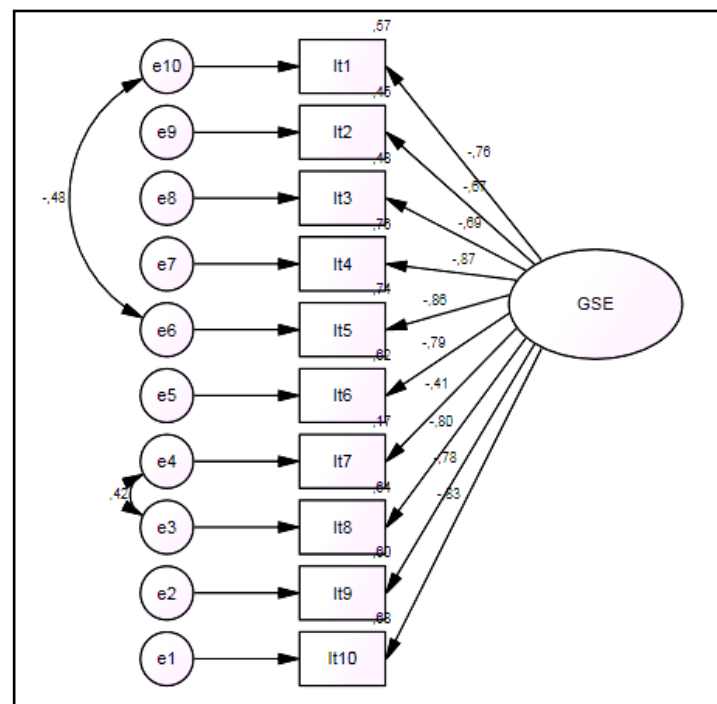


Figura 2. Modelo final da análise fatorial confirmatória da GSE

Validade do mental health continuum short - form (MHC-SF)

Na análise fatorial confirmatória, o modelo tri-fatorial do mental health continuum – short form (MHC-SF) original, ajustado à amostra em estudo, revelou uma qualidade de ajustamento sofrível ($X^2=146.10$; $X^2/df=1.97$; CFI=.84; TLI=.80; RMSEA=.11; SRMR=.09). No sentido de melhorar o ajustamento do modelo, foram analisados os pesos dos fatores nos itens e os índices de modificação, e, assim, retirados os itens 4, 9 e 12. O item 11 foi deslocado para a subescala “social” por ter uma forte relação com esta subescala. Como resultado, obteve-se um novo modelo com um bom nível de ajustamento para as três subescalas, ficando a subescala emocional com os 3 itens iniciais, a subescala psicológica com 3 itens e a subescala social com 5 itens ($X^2=53.81$; $X^2/df=1.31$; CFI=.96; TLI=.95; RMSEA=.06; SRMR=.07) (Fig. 3).

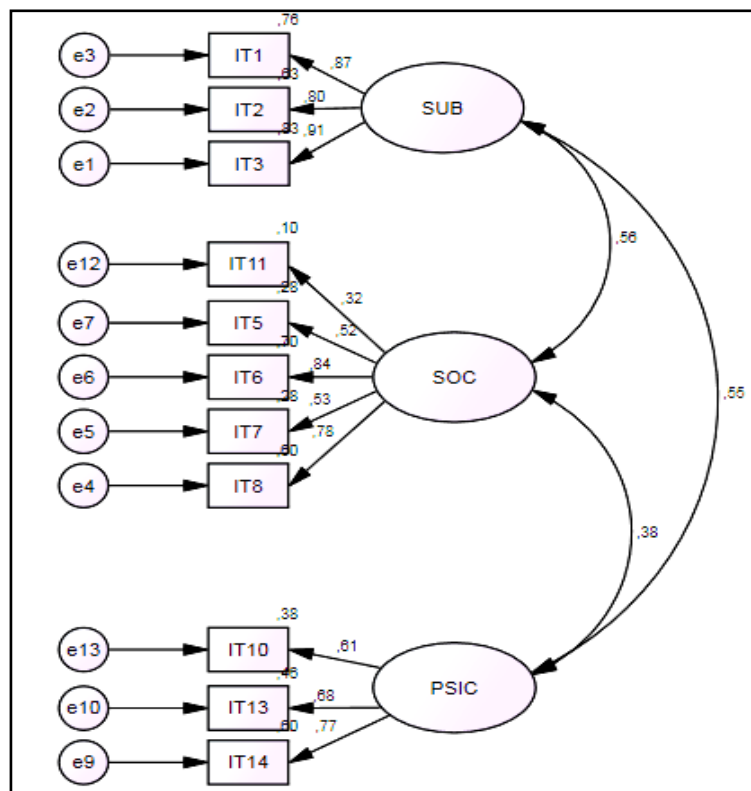


Figura 3. Modelo final da análise fatorial confirmatória da MHC-SF

Validade da escala autonomia percebida na velhice (APV)

Na análise fatorial confirmatória, o modelo uni-fatorial da Autonomia Percebida na Velhice (APV) original, ajustada à amostra em estudo, revelou uma má qualidade de ajustamento ($X^2=13.51$; $X^2/df=6.75$; CFI=.91; TLI=.74; RMSEA=.27; SRMR=.06). Foram verificados os pesos fatoriais dos itens, e ,uma vez todos possuírem valores superiores a .45, nenhum item foi retirado da escala. Após ter sido efetuada a análise dos índices de modificação, foram correlacionados os erros de medida associados aos itens 2 e 3 e obtido um modelo com uma excelente qualidade de ajustamento para uma escala uni-fatorial com os quatro itens originais ($X^2=.26$, $X^2/df=.26$; CFI=1.00; TLI=1.03; RMSEA=0.00; SRMR=0.01) (Fig. 4).

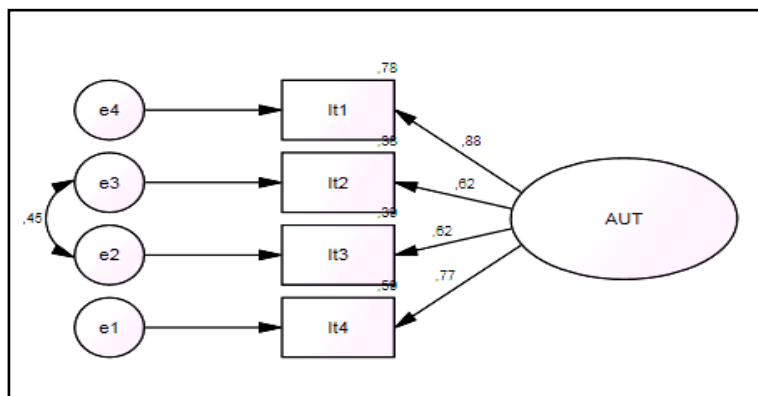


Figura 4. Modelo final da análise fatorial confirmatória da APV

RESULTADOS

Análise Descritiva e Inferencial

Foram analisados os valores médios de cada adjetivo dos autoestereótipos e dos estereótipos dos cuidadores/familiares próximos (Quadro 2). Esta análise permitiu verificar que todos os atributos se mostraram estereotípicos e que, nesta amostra, foram encontrados 11 atributos positivos e 9 atributos negativos a partir da sua valência.

Quadro 2 – Valores médios dos adjetivos nos autoestereótipos dos idosos e nos estereótipos dos cuidadores/familiares próximos

Atributos	Autoestereótipos		Estereótipos	
	Estereotipicidade	Valência	Estereotipicidade	Valência
Avós	7.89	8.84 ^a	8.59	8.91 ^a
Reformados(as)	7.98	7.20 ^a	7.93	6.70 ^a
Experientes	7.87	8.79 ^a	8.26	8.75 ^a
Maduros(as)	8.22	8.71 ^a	8.09	8.57 ^a
Conservadores(as)	6.90	7.02 ^a	7.57	5.09 ^a
Conselheiros(as)	7.65	8.63 ^a	8.14	8.34 ^a
Sábios(as)	7.14	8.50 ^a	7.66	8.45 ^a
Velhos(as)	6.94	4.29 ^b	6.86	4.31 ^b
Sós	6.56	3.07 ^b	6.14	2.21 ^b
Esquecidos(as)	7.04	2.91 ^b	6.01	2.51 ^b
Dependentes	6.89	3.09 ^b	6.01	2.45 ^b
Supersticiosos(as)	5.56	3.85 ^b	4.96	3.87 ^b
Em declínio	6.40	2.47 ^b	5.85	2.28 ^b
Doentes	6.57	2.32 ^b	5.85	1.77 ^b
Lentos(as)	6.72	3.20 ^b	5.87	2.84 ^b
Rabugentos(as)	6.58	3.00 ^b	5.50	2.63 ^b
Calmos(as)	6.60	7.42 ^a	5.82	7.21 ^a
Sociáveis	6.96	8.28 ^a	6.24	8.07 ^a
Sagazes	6.27	7.04 ^a	5.88	7.12 ^a
Intuitivos(as)	6.76	7.68 ^a	5.65	7.39 ^a

^a adjetivos positivos; ^b adjetivos negativos

Foi analisada a distribuição de todas as variáveis na amostra em estudo, através dos valores médios e de dispersão de todas as escalas e subescalas (Quadro 3).

Quadro 3 – Valores médios e de dispersão das medidas em estudo

Escalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
GSE	1.60	4	2.96	.62
APV	1	4	3.44	.62
MHC – SF Total	1.27	5.91	3.95	.90
Subescala Bem-estar Emocional	1	6	4.29	1.33
Subescala Bem-estar Psicológico	1.33	6	4.74	1.12
Subescala Bem-estar Social	1	6	3.27	1.09
Estereótipos positivos	1.45	9.64	7.25	1.29
Estereótipos negativos	1.67	9.67	5.89	1.79
Autoestereótipos positivos	0	9.55	7.29	1.50
Autoestereótipos negativos	0	9.67	6.58	2.06

Pôde verificar-se para todas as escalas que as suas médias se encontravam acima do ponto médio das respetivas escalas de resposta. Verificou-se também que a subescala de bem-estar psicológico foi a que obteve maior valor dentro das subescalas de bem-estar. As médias dos autoestereótipos e estereótipos foram utilizadas para calcular as diferenças entre valores positivos e negativos. Para os autoestereótipos obteve-se o valor 0.71 (diferença entre o valor médio de autoestereótipos positivos e negativos) e para os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos obteve-se o valor médio de 1.36 (diferença entre o valor médio de estereótipos positivos e negativos), estando ambos ligeiramente acima do valor médio anteriormente referido (de 0).

A correlação entre autoestereótipos e os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos revelou uma correlação marginalmente significativa ($r = .18, p = .106$)¹.

¹ Resultados não significativos, inferiores a .10 são considerados marginalmente significativos por estarem próximos do ponto de corte (.05) (Martins, 2011).

No quadro 4 pode verificar-se que as diferenças entre as subescalas de bem-estar se revelaram significativas, sendo o bem-estar psicológico significativamente mais elevado que o bem-estar emocional e que o bem-estar social.

Quadro 4 – Diferenças entre as subescalas de bem-estar

Pares de Subescalas	Diferença entre médias	Desvio padrão	t
Bem-estar Emocional – Bem-estar Psicológico	-.45	1.33	-3.05 *
Bem-estar Emocional – Bem-estar Social	1.03	1.33	7.01 **
Bem-estar Psicológico – Bem-estar Social	1.47	1.30	10.29 **

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

A análise da variação das dimensões de bem-estar com o nível de habilitações literárias permitiu verificar que o bem-estar emocional é significativamente mais elevado para os indivíduos com maior nível de habilitações literárias ($t(80) = -2.20, p = .031$). As restantes dimensões de bem-estar não mostraram variação significativa com esta variável.

No que diz respeito à variação da autoeficácia, do bem-estar e da autonomia face à idade, foi verificado que, para o bem-estar psicológico ($t(80) = 2.69, p = .009$), para o bem-estar social ($t(80) = 2.23, p = .021$), para o bem-estar global ($t(80) = 2.99, p = .004$) e para a autonomia ($t(80) = 2.07, p = .041$), a faixa etária dos 65 aos 70 anos obteve valores significativamente superiores aos obtidos pela faixa etária acima dos 70 anos. O bem-estar emocional também obteve valores marginalmente significativos ($t(80) = 1.78, p = .079$). Somente a perceção de autoeficácia não apresentou diferenças significativas.

Análises de Mediação

Foi analisada a mediação pela autoeficácia da relação entre autoestereótipos e bem-estar (Fig. 5). Constatou-se que os autoestereótipos se relacionaram significativamente com a autoeficácia e que esta revelou também uma relação significativa com o bem-estar. Verificou-se que os autoestereótipos apresentaram um efeito total significativo no bem-estar, mas quando se introduziu a autoeficácia, o efeito direto dos autoestereótipos no bem-estar diminuiu e deixou de ser significativo. O valor do efeito indireto $\beta = .14$ foi significativo, (Z Sobel = 2.11, $p = .034$), revelando a existência de uma mediação total.

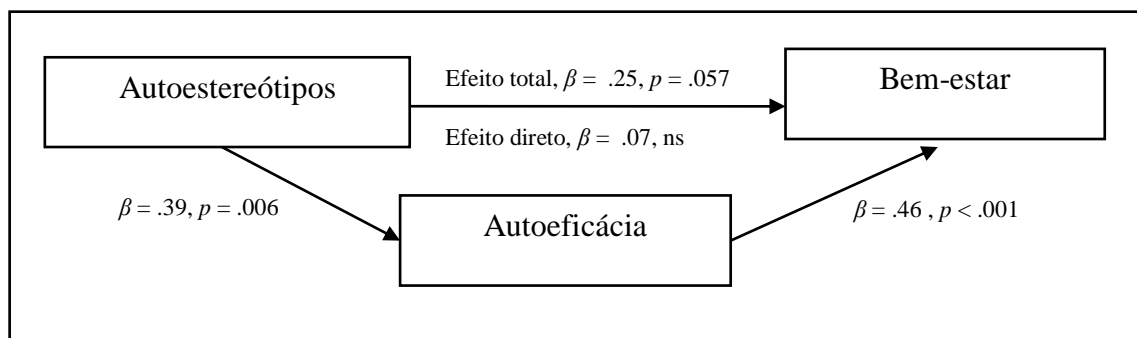


Figura 5. Modelo de mediação pela autoeficácia entre autoestereótipos e bem-estar

Foi também analisada a relação entre os autoestereótipos e a autonomia, através da autoeficácia como variável mediadora nesta relação (Fig. 6).

Verificou-se, mais uma vez, que os autoestereótipos apresentaram um efeito significativo na autoeficácia e que esta apresentou também um efeito direto significativo na autonomia. Além disso, os autoestereótipos apresentaram um efeito total significativo na autonomia, mas a relação entre autoestereótipos e autonomia enfraqueceu quando se introduziu como variável mediadora a autoeficácia, tornando-se marginalmente significativa. O valor do efeito indireto $\beta = .06$ foi significativo (Z Sobel = 2.13, $p = .033$), revelando assim a existência de uma mediação parcial pela autoeficácia na relação entre autoestereótipos e autonomia.

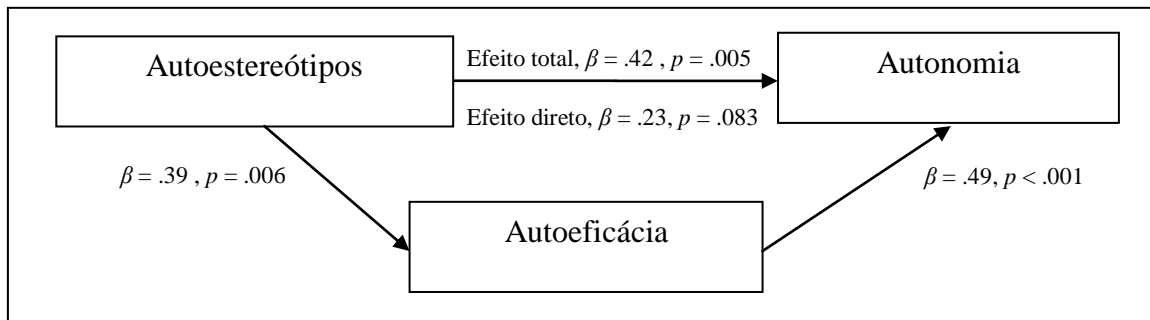


Figura 6. Modelo de mediação da autoeficácia na relação entre autoestereótipos e autonomia

Análises de Moderação

Foi analisado o papel moderador dos estereótipos dos cuidadores/familiares próximos na relação entre a autoeficácia e o bem-estar dos idosos (Fig. 7). Não foi encontrada nenhuma relação de moderação, uma vez não ter existido uma interação significativa entre os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos e a autoeficácia. Os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos também não revelaram ter um impacto significativo no bem-estar do idoso.

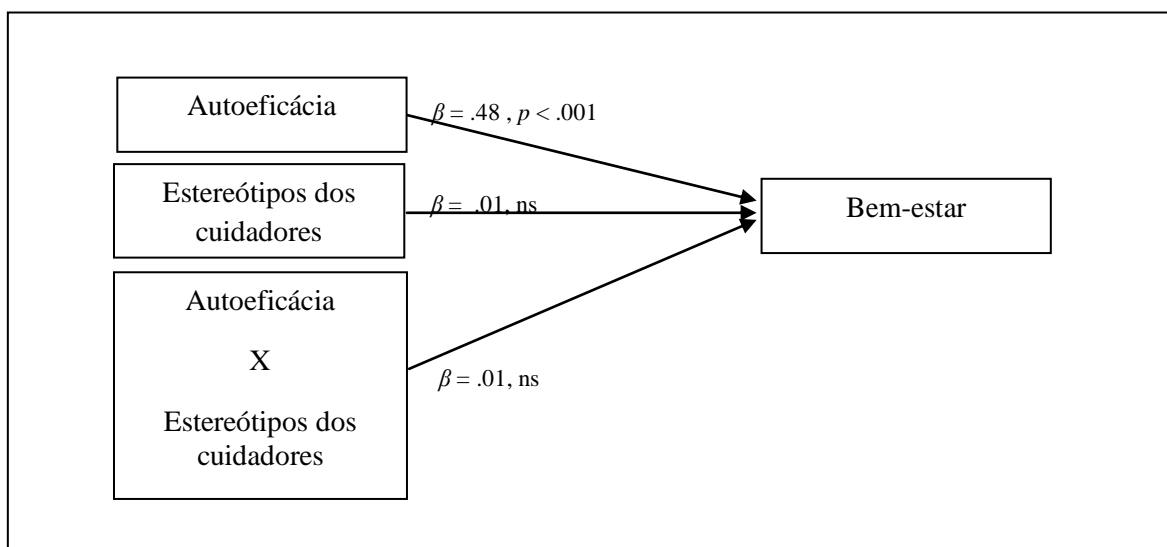


Figura 7. Modelo de moderação dos estereótipos dos cuidadores na relação entre autoeficácia e bem-estar dos idosos

Foi igualmente estudado o impacto dos estereótipos dos cuidadores/familiares próximos na relação entre autoeficácia e autonomia dos idosos (Fig. 8).

Foi possível observar uma relação de moderação devido à existência de uma interação significativa entre a autoeficácia e os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos na autonomia. Observou-se também o efeito significativo da autoeficácia na autonomia do idoso, no entanto os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos não revelaram ter um impacto significativo na autonomia.

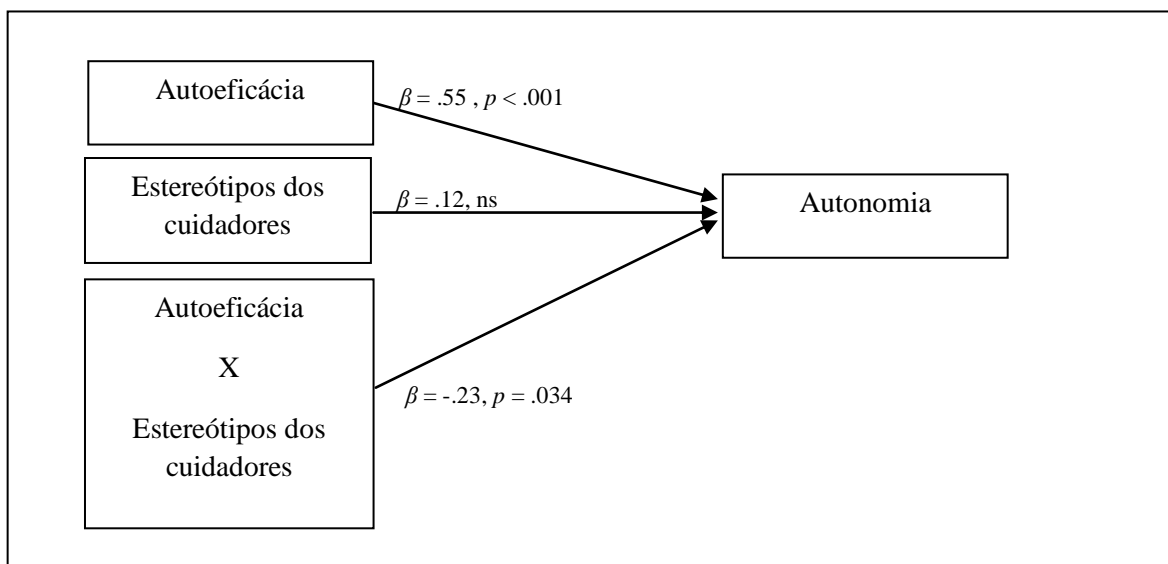


Figura 8. Modelo de moderação dos estereótipos dos cuidadores na relação entre autoeficácia e autonomia dos idosos

A partir do gráfico (Fig. 9) é possível verificar que a autonomia aumenta de forma significativa ($\beta = .40, p = .05$) na presença de estereótipos positivos dos cuidadores, para os participantes que têm um nível de autoeficácia baixo. Da mesma forma, perante estereótipos negativos, a autonomia diminui para os participantes com autoeficácia baixa. Para os participantes com elevados níveis de autoeficácia, a autonomia não mostrou ser significativamente afetada pelos estereótipos dos cuidadores ($\beta = .07$).

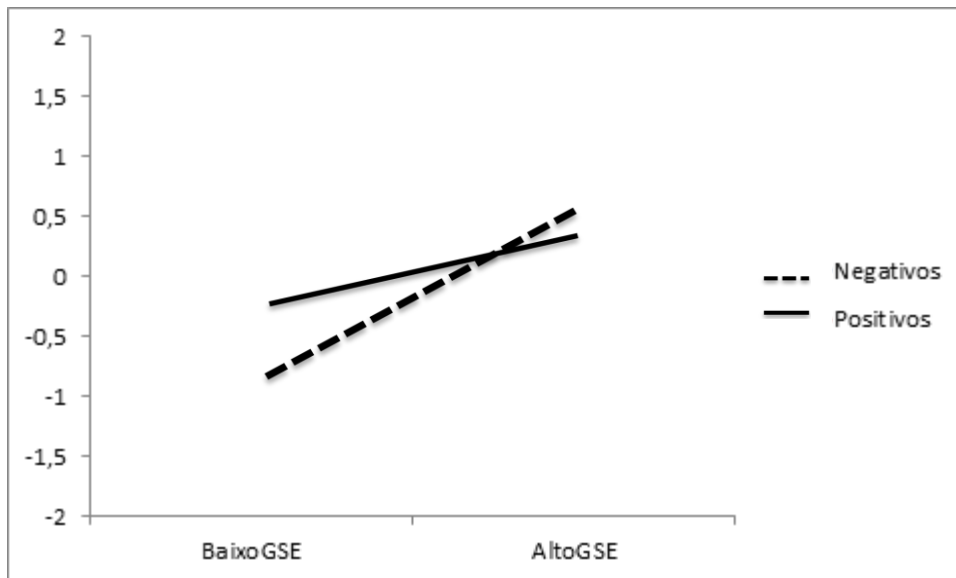


Figura 9. Efeito da moderação dos estereótipos positivos e negativos na autonomia perante níveis baixos e níveis elevados de autoeficácia

DISCUSSÃO

Foi objetivo deste estudo caracterizar o modo como os autoestereótipos, os estereótipos dos cuidadores/familiares e a autoeficácia afetam o bem-estar e a autonomia dos idosos da amostra em estudo.

Estereótipos e Autoestereótipos

Foi possível verificar que todos os atributos se mostraram pertinentes para a caracterização dos idosos, uma vez que todos são estereotípicos. Através da valência dos atributos, identificámos mais atributos positivos do que negativos, ao contrário do que era esperado conforme resultados de estudos anteriores (Marques et al., 2006).

Os atributos que diferem nesta amostra são “Reformados(as)” e “Conservadores(as)”, tendo sido considerados pelos participantes neste estudo como positivos. A reforma é um momento de mudança e adaptação que possui, ao mesmo tempo, aspetos positivos e aspetos negativos. No entanto, a avaliação positiva do atributo “Reformados(as)” pode traduzir uma boa adaptação por parte dos participantes deste estudo à condição de reformado. O facto de os próprios cuidadores/familiares próximos também avaliarem positivamente esta característica pode indicar uma mudança nas mentalidades em que a reforma já não é sinónimo de fim da vida e mesmo após a reforma, os idosos poderão viver vidas satisfatórias. A avaliação positiva do atributo “Conservadores(as)” pode mostrar que, tanto idosos como cuidadores, consideram ser positivo preferir o familiar ao desconhecido. As diferenças nas avaliações positivas destas características, face ao estudo anterior, poderão também estar relacionadas com a idade e a literacia dos participantes, uma vez que o estudo anterior contou com participantes mais novos (e possivelmente, mais abertos a novas ideias) e com maiores níveis de habilitações literárias do que o atual.

Foi também verificado, que a positividade dos atributos foi ligeiramente superior à negatividade. Apesar de o resultado obtido ter sido superior a 0, este não foi muito elevado, indicando ambiguidade nos autoestereótipos e nos estereótipos. Tal facto revela que, apesar de os participantes não considerarem os atributos mais negativos do que positivos, como era esperado à partida, não possuem ainda uma visão positiva do envelhecimento, mas sim ambígua face a ele.

A existência de uma ligeira relação positiva entre as crenças dos idosos e dos cuidadores/familiares próximos vai no sentido da importância do contexto social na formação e desenvolvimento dos estereótipos. É natural que, cuidadores e idosos, por conviverem num mesmo contexto cultural e social, tenham crenças semelhantes no que diz respeito ao que é estereotípico do grupo dos idosos. Neste estudo, os estereótipos foram avaliados de uma forma explícita, uma vez que foi perguntado diretamente às pessoas como avaliam os traços estereotípicos. Existem, no entanto, estudos que enfatizam o impacto que têm os estereótipos avaliados de forma implícita, uma vez que habitualmente os estereótipos implícitos funcionam de forma diferente dos explícitos (Levy, 2003). Assim sendo, seria interessante desenhar investigações em que os estereótipos de idosos e cuidadores/familiares próximos fossem avaliados também de forma implícita e analisada a sua relação.

Autoeficácia, Bem-Estar e Autonomia – O Efeito da Idade

O aumento da idade pode trazer mudanças a vários níveis que podem ser menos positivas. O facto de a faixa etária dos 65 aos 70 anos reportar níveis superiores de bem-estar e autonomia em comparação com a faixa etária acima dos 70 anos pode ser um reflexo disso mesmo. As mudanças sociais e físicas poderão explicar essas diferenças. Existe em concreto uma relação muito estreita entre o bem-estar e a saúde mental, na medida em que a saúde mental é muito mais do que a ausência de psicopatologia (Keyes,

2007). Ser mentalmente saudável implica, por isso, também, manter níveis de bem-estar elevados. Mais ainda, parece existir uma relação entre a ausência de bem-estar e o risco de doença física crónica com o avanço da idade (Keyes, 2005). Assim sendo, manter uma boa saúde física e mental é algo essencial para que o envelhecimento seja bem sucedido.

No entanto, apesar de a idade acarretar algumas mudanças menos positivas, o meio social dos idosos pode ajudar a mitigar a influência de algumas dessas mudanças. As razões para tal prendem-se com o facto de o apoio social se relacionar com melhores e mais atempados cuidados médicos, ajudar a modificar crenças sobre comportamentos de risco/reforçar comportamentos saudáveis e o efeito protetor do apoio social no que diz respeito ao fortalecimento do sistema imunitário (Rowe & Kahn, 1998). Os nossos resultados alertam para que seja feito um esforço neste sentido pela sociedade, em especial, na idade avançada. A investigação futura sobre a influência do apoio social na autonomia e bem-estar dos idosos teria interesse na medida em que permitiria aprofundar algumas razões para as diferenças encontradas.

Curiosamente, a perceção de eficácia não se alterou significativamente com o aumento da idade. O facto de muitos idosos tenderem a manter um sentido de autoeficácia bastante favorável até uma idade bastante avançada é conhecido na literatura (Lachman, 1986). No entanto, há que ter em atenção que neste estudo foi utilizada uma medida global de perceção de eficácia. Por vezes as medidas globais não são tão sensíveis a mudanças com a idade, ao contrário de medidas de autoeficácia específicas (Bandura, 1997). Algumas capacidades humanas aumentam ao longo da vida, outras diminuem e, outras, ainda, mantêm-se, pelo que, face a toda esta diversidade seria importante estudar a autoeficácia em domínios mais específicos de modo a compreender com maior detalhe como esta varia com o aumento da idade.

Bem-Estar Emocional, Psicológico e Social

Ao nível das dimensões de bem-estar, esperava-se que o bem-estar emocional fosse o mais elevado junto dos idosos. No entanto, foi o bem-estar psicológico que revelou estar a ser mais sentido pelos idosos da amostra. O bem-estar é influenciado por características sociodemográficas, mas também por características de personalidade dos indivíduos (Keyes et al., 2002), e como tal, apesar de termos uma amostra, de certa forma homogénea, por se tratar de um grupo etário específico, não foram analisadas as características de personalidade dos participantes, o que poderia fornecer pistas para as diferenças em termos de bem-estar que foram encontradas. Abertura à experiência, neuroticismo e conscienciosidade estão entre as características de personalidade que se destacam mais em indivíduos que relatam maiores níveis de bem-estar psicológico do que de bem-estar emocional (Keyes et al., 2002). Seria, portanto, interessante também explorar estas relações entre bem-estar e características de personalidade em estudos futuros na população portuguesa.

O bem-estar social foi, tal como esperado, o que mostrou resultados mais baixos, uma vez implicar um sentido de integração e compreensão da sociedade atual, da qual já podem estar afastados muitos idosos (Keyes, 1998). A promoção do voluntariado junto dos idosos poderá constituir um contributo importante para aumentar o seu bem-estar social, devido ao envolvimento provocado pela contribuição que as pessoas sentem estar a dar à sociedade (Keyes, 1998). Por outro lado, o voluntariado poderá não só melhorar o bem-estar dos idosos como pode ajudar também a combater estereótipos. O desenvolvimento de programas intergeracionais, entre idosos e crianças ou jovens, ajudam a aproximar gerações e a combater as representações negativas que habitualmente vigoram acerca dos idosos, gerando informação mais exacta sobre os seus recursos (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006).

Bem-Estar e Literacia

A relação entre bem-estar social e habilitações literárias era também uma das relações esperadas, mas não encontrada. Na literatura, esta relação não era expectável especificamente para o grupo dos idosos, mas para os adultos em geral (Keyes, 1998), pelo que a idade poderia ser um fator diferenciador. Os baixos níveis de bem-estar social encontrados neste estudo podem estar também relacionados com o facto de a amostra ser maioritariamente composta por participantes com baixos níveis de escolaridade.

Foi identificada uma relação positiva entre as habilitações literárias e o bem-estar emocional. Uma explicação possível pode residir na satisfação que as pessoas sentem com a sua vida, nomeadamente no âmbito profissional e com o nível económico que atingiram devido às habilitações que possuem (Diener et al., 1999). Encarando a relação entre bem-estar emocional e habilitações literárias deste ponto de vista, surge então a questão: Como elevar os níveis de bem-estar emocional percebidos pelos indivíduos com menores habilitações literárias? Se não for através da satisfação que sentem pelo que alcançaram profissionalmente ou pelo nível socioeconómico que conseguiram alcançar, há que explorar outras fontes de bem-estar emocional que possam estar presentes no quotidiano destas pessoas. A religiosidade pode ser um modo de alcançar bem-estar emocional, em especial para indivíduos que vivem em meios muito religiosos, assim como o casamento pode também providenciar uma fonte de bem-estar emocional, constituindo uma fonte de apoio emocional e suporte económico (Diener et al., 1999). No caso dos idosos, a viuvez potencia a perda desse apoio emocional, que era até então providenciado pelo cônjuge. A promoção das relações sociais pode ser, por isso, central para que se possa envelhecer com níveis de bem-estar emocional satisfatórios.

As Crenças Acerca do Envelhecimento e o Bem-Estar e Autonomia dos Idosos

Os autoestereótipos fortalecem a autoeficácia dos idosos e esta fortalece tanto o sentimento de bem-estar como de autonomia dos idosos, tal como antecipámos. Já os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos não mostraram ter o efeito moderador esperado na relação entre autoeficácia e bem-estar, mas encontramos a esperada moderação para os níveis de autonomia.

Estes resultados apontam, em primeiro lugar, para a importância dos autoestereótipos dos idosos. Ao intervir ao nível dos autoestereótipos, estará a intervir-se na autoeficácia na medida em que os idosos se sentirão mais competentes perante as suas próprias crenças positivas sobre o que é ser idoso. Em segundo lugar, a autoeficácia influencia o bem-estar, no sentido em que ajuda os indivíduos a focarem-se nos aspetos positivos da vida e a adotar uma abordagem de resolução de problemas, levando a uma visão otimista da vida e a felicidade (Karademas, 2007). Assim sendo, pode dizer-se que ter autoestereótipos positivos ajuda os idosos a sentirem níveis elevados de bem-estar. A promoção de uma visão positiva do envelhecimento é portanto, fulcral para o envelhecimento satisfatório.

A relação entre autoeficácia e autonomia é também particularmente importante uma vez que a crença na capacidade para executar ações pode levar a que os idosos se sintam mais autónomos. Isto é particularmente importante porque devido às mudanças associadas ao envelhecimento, os idosos podem ter menos possibilidades de pôr à prova a sua competência, de testarem as suas capacidades reais e de compreenderem as suas limitações (Lachman et al., 2011). Promover uma perceção de autoeficácia mais realista pode permitir aos idosos, por um lado, descobrir que afinal são capazes de desempenhar tarefas que acreditavam não serem capazes, e por outro, descobrir que não são capazes efetivamente de certos desempenhos, e assim, delegar em outros essas tarefas. Isto

continua a ser um exercício de autonomia, desde que as ações executadas por outros tenham sido escolhidas e solicitadas pelos idosos (Warner et al., 2011). Aumentar a autonomia dos idosos pode então passar por efetuar pequenas alterações no seu meio social que lhes proporcionem um maior poder de decisão e de escolha nas situações do seu cotidiano. Em suma, é também através da autoeficácia que os autoestereótipos influenciam a autonomia dos idosos, reforçando como as crenças positivas são importantes para o envelhecimento ativo.

A noção de que a autonomia pode implicar o delegar em outras pessoas tarefas que estão fora do alcance dos idosos pode ser particularmente importante para os indivíduos que têm um baixo nível de autoeficácia (Warner et al., 2011). Quando as pessoas significativas mostram ter um estereótipo positivo acerca do envelhecimento não significa que acreditem que os idosos apenas tenham características positivas, uma vez que neste estudo foram avaliadas crenças positivas e negativas em conjunto. Pode sim implicar crenças mais realistas, considerando que os idosos têm ainda muitas competências intactas, embora necessitem de apoio em determinadas situações. Os cuidadores/familiares próximos que possuem uma visão mais negativa do envelhecimento influenciam negativamente a autoeficácia e a autonomia dos idosos (Montorio et al., 2002) e o apoio social surge como forma de compensação (Warner et al., 2011). Assim os idosos tornam-se menos autónomos, o que mostra que nem todo o apoio social é positivo. Em especial, compromete-se a autonomia sempre que há uma tentativa de intromissão nas decisões dos idosos (Paúl, 2005). Assim, talvez os cuidadores/familiares próximos que possuem estereótipos positivos apoiem os idosos apenas nas tarefas que estes não conseguem executar e deixem a possibilidade de tomar decisões nas mãos dos idosos, por acreditarem que o envelhecimento não lhes retirou essa capacidade. Por outro lado, os idosos que têm elevadas crenças de autoeficácia

poderão não sentir a sua autonomia afetada pelas crenças dos que lhes são mais próximos, uma vez que, ao acreditarem em pleno nas suas capacidades, as crenças dos outros não terão um grande impacto nas decisões que tomam nem nas ações que executam. A autoeficácia percebida alimenta a sua autonomia, pelo que não utilizam o apoio social como forma de alcançar um funcionamento autónomo.

As ideias explicativas anteriormente discutidas para o modo como a relação entre a autoeficácia e a autonomia podem ser influenciadas pelos estereótipos dos cuidadores/familiares próximos através do apoio social, são meramente especulativas uma vez que neste estudo não foram recolhidos dados acerca do modo como idosos e cuidadores interagem. Sugere-se por isso, no futuro, que estudos que analisem os estereótipos dos cuidadores/familiares próximos, a autoeficácia e a autonomia tenham também em conta o efeito do apoio social. A ideia de que o apoio social pode ser executado de forma diferente consoante os estereótipos da pessoa são negativos ou positivos deve também ser testada. É ainda de referir que o impacto das crenças positivas dos cuidadores em todo este processo deverá ser analisado uma vez que na literatura tem sido mais frequentemente estudado o impacto das crenças negativas.

Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

Algumas limitações ao presente estudo e sugestões de investigação futura foram já sendo referidas. Há ainda, no entanto, que considerar algumas limitações relacionadas com os procedimentos recolha, análise e interpretação dos dados.

No que diz respeito à recolha dos dados, os protocolos de investigação utilizados foram muito extensos, o que levou a aplicações muito demoradas. Tal facto pode ter tido impacto na qualidade dos dados recolhidos, uma vez estarmos perante uma população já bastante envelhecida, com menor capacidade de concentração e de resistência face a tarefas tão demoradas. Além disso, as escalas de resposta utilizadas,

nomeadamente para os autoestereótipos, eram demasiado extensas, levando a alguma dificuldade na resposta por parte dos idosos. A investigação neste âmbito seria, portanto, enriquecida com uma recolha de dados menos extensa, com escalas de resposta mais simples, e, se possível, obtida através de metodologias de recolha mais qualitativas, que permitissem compreender melhor a experiência dos participantes e chegar mais facilmente à linguagem utilizada pelos mesmos. Por outro lado, o contacto direto com os cuidadores/familiares próximos dos idosos melhoraria provavelmente a qualidade dos dados recolhidos, aumentando a sua adesão, pois permitiria que estes se envolvessem mais na tarefa, tal como aconteceu com os idosos, criando condições para se retirarem mais facilmente dúvidas relacionadas com as questões colocadas.

Uma vez que as análises de mediação efetuadas se baseiam num estudo transversal e os resultados são de natureza correlacional, não se podem estabelecer relações causais e as estimativas podem estar enviesadas. Deste modo, sugere-se no futuro, a realização de um estudo longitudinal para ajudar a clarificar a direção dos efeitos encontrados. Além do mais, a amostra recolhida não tem uma grande dimensão, pelo que a generalização dos resultados deve ser cautelosa. Isto é particularmente importante no respeitante aos idosos, uma vez que a variabilidade dos indivíduos aumenta com a idade (Dannefer, 1988, citado por Morgan & Kunkel, 2011). Como tal, os estudos com idosos devem privilegiar a recolha de dados longitudinal e com amostras de grandes dimensões de modo a que na análise dos dados se possa ter em conta esta heterogeneidade.

Para terminar, deve ser tido em conta um aspeto que diz respeito à interpretação dos dados. O estudo do processo de envelhecimento é efetuado no contexto de uma sociedade em constante mudança. Desta forma, os resultados obtidos descrevem o processo de envelhecimento da coorte de que faz parte a amostra em estudo, sendo

provável que no futuro, mudanças ao nível dos cuidados de saúde, políticas sociais, educação, família e outros domínios da vida causem mudanças ao nível da adaptação ao processo de envelhecimento (Riley, 1987, citado por Morgan & Kunkel, 2011). Assim sendo, não é possível efetuar previsões para o futuro envelhecimento de indivíduos pertencentes a outras coortes, pois cada processo de envelhecimento é único no seu contexto histórico e social. É de esperar que as crenças, em especial os autoestereótipos e estereótipos, se modifiquem em diferentes momentos históricos, já que estão tão intimamente ligadas ao contexto social dos indivíduos.

Considerações Finais

Este estudo pretendeu abordar o envelhecimento ativo com o intuito de deixar um contributo a esta área de investigação e também à prática, apontando algumas relações entre variáveis importantes para o estudo e intervenção com idosos em psicologia.

Ao longo deste trabalho, verificou-se que as crenças são um fator fundamental para envelhecer de modo gratificante. O bem-estar e autonomia dos idosos acabam, em última análise, por ser influenciados por aquilo que estes acreditam ser as suas características enquanto membros do grupo dos idosos e as suas capacidades para lidar com o mundo. Bem-estar e autonomia estão dentro das recomendações da OMS para um envelhecimento ativo, e como tal, são aspetos essenciais a promover junto dos idosos. Também para quem trabalha e convive diariamente com idosos há a necessidade de passar esta mensagem, para que estes possam mais ativamente proporcionar um envelhecimento mais gratificante através do apoio social que providenciam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arbuckle, J. (2008). *AMOS 17.0 user's guide*. Chicago: AMOS Development Corporation.
- 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 behavioral sciences* (pp. 1-35). New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1986). Self-efficacy. In A. Bandura (Ed.) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* (pp. 390-449). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). Reappraisals of self-efficacy with advancing age. In Bandura, A. (Ed.) *Self-efficacy: the exercise of control* (pp. 198-211). New York: W.H. Freeman & Company.
- Bandura, A. (1997). Theoretical perspectives. In Bandura, A. (Ed.) *Self-efficacy: The exercise of control* (pp. 1-10). New York: W.H. Freeman & Company.
- 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.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bentler, P.M., & Bonett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.

- Burkley, M., & Blanton, H. (2009). The positive (and negative) consequences of endorsing negative self-stereotypes. *Self and Identity*, 8, 286–299.
- Caprara G.V., & Steca, P. (2005). Self-efficacy beliefs as determinants of prosocial behavior conducive to life satisfaction across ages. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (2), 191-217.
- Coudin, G., & Alexopoulos, T. (2010). ‘Help me! I’m old!’ How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging & Mental Health*, 14 (5), 516-523.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidade*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2005). Evaluation of “Vital Aging-M”. *European Psychologist*, 10 (2), 146-156.
- Freund, A., & Baltes, P. (2007). Toward a theory of successful aging: Selection, optimization, and compensation. In Fernández-Ballesteros, R. (Ed). *Geropsychology: European perspectives for an aging world* (pp.239-254). Cambridge, MA: Hogrefe & Hubner Publishers.
- Gecas, V. (1989). The social psychology of self-efficacy. *Annual Review of Sociology*, 15, 291-316.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças.*, 7 (1), 137-143.

- Hess, T.M., Hinson, J.T., & Statham, J.A. (2004). Explicit and implicit stereotype activation effects on memory. Do age and awareness moderate the impact of priming? *Psychology and Aging, 19* (3), 495–505.
- Hilton, J., & Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology, 47*, 237–271.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods, 3* (4), 1–55.
- Karademas, E.C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: common and specific predictors. *Personality and Individual Differences, 43*, 277–287.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61* (2), 121-140.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (3), 539-548.
- Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62* (2), 95-108.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82* (6), 1007-1022.

- Kim, J. E., & Moen, P. M. (2002). Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model. *Journal of Gerontology*, *57B* (3), 212-222.
- Lachman, M. (1986). Personal control in later life: stability, change and cognitive correlates. In P.B. Baltes & M. M. Baltes (Eds), *The psychology of control and aging* (pp. 207-224). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lachman, M. E., Neupert, S. D., & Agrigoroaei, S. (2011). The relevance of control beliefs for health and aging. In K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (7th ed.), (pp. 175-190). New York: Elsevier.
- Levy, B. (1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71* (6), 1092-1107.
- Levy, B. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *58B*, 203-211.
- Levy, B., Hausdorff, J. M., Hencke, R., & Wei, J. Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *55B*, 205–213.
- Levy, B., Slade, M., Kasl, S., & Kunkel, S. (2002). Longevity increased by self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83* (2), 261–270.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, *40* (2), 80-89.

- Matos, A.P., Cherpe, S., Figueira, C. & Marques Pinto, A. (in press, 2012). Estudo psicométrico preliminar da Mental Health Continuum – Short Form - for youth, numa amostra de adolescents portugueses. *Psychologica*.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Marques, S., Lima, M.L., & Novo, R. (2006). Traços estereotípicos associados às pessoas jovens e idosas na cultura portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4, 91-108.
- Montorio, I., Trocóniz, M., Colodrón, M., & Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12 (2), 61-71.
- Moraitou, D., & Efklides, A. (2007). Affect and emotions. In Fernández-Ballesteros, R. (Ed). *Geropsychology: European perspectives for an aging world* (pp. 82 -102). Cambridge, MA: Hogrefe & Hubner Publishers.
- Morgan, L. A., & Kunkel, S. L. (2011). Studying aging. In L. A. Morgan & S. L. Kunkel (Eds). *Aging, society and life course (4th Ed.)* (pp. 21-31). New York: Springer Publishing Company.
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5), 1333-1349.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia – o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: FCT/Fundação Calouste Gulbenkian.

- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras UP Sociologia, 15*, 275-287.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. Fonseca (2005). *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-94) Lisboa: Climpesi Editores.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stahelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health and Medicine, 11* (4), 470-482.
- Polido, A. (2009). A vida ao entardecer: Autoestereótipos, autoeficácia, savoring, coping proativo e bem-estar. Doutoramento em realização.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological Inquiry, 11* (4), 319-338.
- 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*, 141-161.
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4* (4), 99-104.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69* (4), 719-727,
- Rowe, J.W., & Kahn, R. L. (1998). The structure of successful aging. In J.L. Rowe & R.L. Kahn (Eds). *Successful aging* (pp.36-52). New York: Bell Publishing.

- Seligman, M. (2011). *Flourish: A new understanding of happiness and well-being – and how to achieve them*. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Sherwin, S., & Winsby, M. (2010). A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expectations*, *14*, 182–190.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, *37* (3), 364-71.
- Warner, L.M., Ziegelmann, J.P., Schülz, B., Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Schwarzer, R. (2011). Maintaining autonomy despite multimorbidity: Self-efficacy and the two faces of social support. *European Journal of Ageing*, *8*, 3–12.
- Westerhof, G.J., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, *17*, 110-119.
- World Health Organization. (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva: WHO.

ANEXOS

Anexo 1 - Listas de traços estereotípicos (idoso)

Anexo 2 – Listas de traços estereotípicos (cuidador/familiar próximo)

Anexo 3 – Escala de autoeficácia geral (GSE)

Anexo 4 – Mental health continuum – short form (MHC-SF)

Anexo 5 – Autonomia percebida na velhice (APV)

Atributos

Avalie em que medida cada característica apresentada se associa ao grupo das pessoas idosas. Use por favor a seguinte escala, assinalando com uma cruz o número que melhor descreve quão associada essa característica está ao grupo dos idosos.



Nada
Associado

Moderadamente
Associado

Completamente
Associado

Avós/Avôs	
Reformados(as)	
Experientes	
Maduros (as)	
Conservadores	
Conselheiros (as)	



Nada
associado

Moderadamente
Associado

Completamente
Associado

Sábios(as)	
Velhos(as)	
Sós	
Esquecidos(as)	
Dependentes	
Supersticiosos (as)	
Em declínio	
Doentes	



Nada
associado

Moderadamente
Associado

Completamente
Associado

Lentos(as)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Rabugentos(as)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Calmos(as)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sociáveis	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sagazes	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Intuitivos(as)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Atributos

Avalie por favor, em que medida as características apresentadas são positivas ou negativas, quando utilizados na descrição de uma pessoa idosa. Use por favor a seguinte escala assinalando com uma cruz o número que melhor descreve quão positiva ou negativa é essa característica.



Completamente negativa	Nem positiva nem negativa	Completamente positiva
Avós/Avôs		
Reformados(as)		
Experientes		
Maduros (as)		
Conservadores		
Conselheiros (as)		



Nada
associado

Moderadamente
Associado

Completamente
Associado

Sábios(as)	
Velhos(as)	
Sós	
Esquecidos(as)	
Dependentes	
Supersticiosos (as)	
Em declínio	
Doentes	



Nada
associado

Moderadamente
Associado

Completamente
Associado

Lentos(as)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Rabugentos(as)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Calmos(as)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sociáveis	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sagazes	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Intuitivos(as)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Atributos

Avalie em que medida cada característica apresentada se associa ao grupo das pessoas idosas. Use por favor a seguinte escala, assinalando com uma cruz o número que melhor descreve quão associada essa característica está ao grupo dos idosos.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Nada associada			Moderadamente associada						Completamente associada		
Avós	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Reformados(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Experientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Maduros(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Conservadores(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Conselheiros(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sábios(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Velhos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sós	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Esquecidos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dependentes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Supersticiosos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Em Declínio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Doentes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Lentos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Rabugentos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Calmos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sociáveis	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sagazes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Intuitivos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Atributos

Avalie por favor, em que medida as características apresentadas são positivas ou negativas, quando utilizados na descrição de uma pessoa idosa. Use por favor a seguinte escala assinalando com uma cruz o número que melhor descreve **quão positiva ou negativa é essa característica.**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Completamente negativa			Nem positiva nem negativa						Completamente positiva		
Avós	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Reformados(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Experientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Maduros(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Conservadores(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Conselheiros(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sábios(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Velhos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sós	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Esquecidos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dependentes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Supersticiosos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Em Declínio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Doentes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Lentos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Rabugentos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Calmos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sociáveis	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sagazes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Intuitivos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

GSE

Para cada uma das frases que se apresenta em baixo, seleccione o número que melhor corresponde à sua forma de lidar com as situações. Assim escolha **1** se a afirmação for *Nada verdadeira*, **2** se for *Pouco verdadeira*, **3** se for *Moderadamente verdadeira* e **4** se for *Totalmente verdadeira*.

1

Nada verdadeira

2

Pouco verdadeira

3

Moderadamente verdadeira

4

Totalmente verdadeira

1. Consigo resolver sempre os problemas difíceis, se tentar bastante.	1 2 3 4
2. Se alguém se opuser, consigo encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero.	1 2 3 4
3. É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objectivos.	1 2 3 4
4. Estou confiante que poderei lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	1 2 3 4
5. Sei como lidar com situações imprevistas, graças ao meu desembaraço.	1 2 3 4
6. Se investir o esforço necessário, consigo resolver a maioria dos problemas.	1 2 3 4

	1	2	3	4
	Nada verdadeira	Pouco verdadeira	Moderadamente verdadeira	Totalmente verdadeira
7. Consigo manter-me calmo(a), quando me confronto com dificuldades, porque confio nas minhas capacidades para enfrentar as situações	1	2	3	4
8. Quando sou confrontado(a) com um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções	1	2	3	4
9. Se estiver com problemas geralmente consigo pensar numa solução	1	2	3	4
10. Geralmente consigo resolver os problemas que me aparecem	1	2	3	4

MHC-SF

Por favor, responda às questões seguintes sobre a forma como se tem sentido, durante o **ÚLTIMO MÊS**. Assinale com uma cruz a situação que melhor representa quantas vezes teve os sentimentos indicados em baixo, usando para tal a escala que se segue:

1

2

3

4

5

6

Nunca

1 ou 2 vezes no mês

Cerca de 1 a 2 vezes por semana

Cerca de 3 a 4 vezes por semana

Quase todos os dias

Todos os dias

Durante o último mês, quantas vezes (se) sentiu:

1. Feliz

1 2 3 4 5 6

2. Interessado(a) pela vida

1 2 3 4 5 6

3. Satisfeito(a)

1 2 3 4 5 6

4. Que teve alguma coisa importante para contribuir para a sociedade

1 2 3 4 5 6

1

2

3

4

5

6

Nunca

1 ou 2 vezes no mês

Cerca de 1 a 2 vezes por semana

Cerca de 3 a 4 vezes por semana

Quase todos os dias

Todos os dias

Durante o último mês, quantas vezes (se) sentiu:

<p>5. Que pertencia a uma comunidade (como a um grupo social, da paróquia, do bairro)</p>	<p>1 2 3 4 5 6</p>
<p>6. Que a nossa sociedade está a tornar-se num lugar melhor para pessoas como o(a) Sr./Sr.^a</p>	<p>1 2 3 4 5 6</p>
<p>7. Que as pessoas são essencialmente boas</p>	<p>1 2 3 4 5 6</p>
<p>8. Que a forma como a nossa sociedade funciona lhe faz sentido</p>	<p>1 2 3 4 5 6</p>
<p>9. Que gostava da maior parte das características da sua personalidade</p>	<p>1 2 3 4 5 6</p>
<p>10. Que geriu bem as responsabilidades da vida diária</p>	<p>1 2 3 4 5 6</p>

1

2

3

4

5

6

Nunca

1 ou 2 vezes
no mês

Cerca de 1 a 2
vezes por
semana

Cerca de 3 a 4
vezes por
semana

Quase todos
os dias

Todos os dias

Durante o último mês, quantas vezes (se) sentiu:

<p>11. Que teve relações calorosas e de confiança com pessoas da mesma idade</p>	<p>1 2 3 4 5 6</p>
<p>12. Que teve experiências que lhe permitiram crescer e tornar-se numa pessoa melhor</p>	<p>1 2 3 4 5 6</p>
<p>13. Confiante para pensar ou exprimir as suas próprias ideias e opiniões</p>	<p>1 2 3 4 5 6</p>
<p>14. Que a sua vida tem uma direcção ou significado</p>	<p>1 2 3 4 5 6</p>

APV

Para cada uma das frases que se apresenta em baixo, seleccione o número que melhor o (a) descreve.

Assim escolha 1 se a afirmação for *Nada verdadeira*, 2 se for *Pouco verdadeira*, 3 se for *Moderadamente verdadeira* e 4 se for *Totalmente verdadeira*.

1

Nada verdadeira

2

Pouco verdadeira

3

Moderadamente verdadeira

4

Totalmente verdadeira

1. Consigo organizar-me bem sozinho(a) na minha idade	1 2 3 4
2. Tomo as minhas próprias decisões e não permito que os outros me tratem como se eu não fosse capaz	1 2 3 4
3. Organizo a minha vida de acordo com as minhas próprias ideias	1 2 3 4
4. Lido com a minha vida quotidiana sem ajuda dos outros	1 2 3 4