



**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**  
Ciências Sociais e Humanas

# **Coping Resiliente, Autoestima e Afetos na Aduldez e Velhice**

**Lucília Mariana da Silva Meireles**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Rosa Marina Afonso

**Covilhã, Outubro de 2016**



Dissertação de Mestrado realizada sob  
orientação da Prof. Doutora Rosa Marina Afonso  
apresentada à Universidade  
da Beira Interior para a obtenção do  
Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.



# Agradecimentos

Ao finalizar este percurso e etapa tão importante na minha vida, quero agradecer a todos aqueles que estiveram presentes seja direta ou indiretamente, que me acompanharam nesta caminhada, tornando possível a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Doutora Rosa Marina Afonso, pelo papel essencial e primordial que assumiu na construção do presente trabalho, pela partilha de conhecimentos, pela compreensão, dedicação e orientação. Agradeço a ajuda do Professor Doutor Henrique Pereira, por me ter auxiliado numa fase inicial na organização da base de dados da amostra.

Aos meus pais por todo o apoio, amor e esforço para me proporcionarem os estudos ao longo destes anos.

À minha irmã pelo apoio e motivação na finalização deste caminho. Ao meu cunhado pela boa disposição e apoio.

Ao meu afilhado Gonçalo pela boa disposição e motivação nas horas mais difíceis. Obrigado por seres uma criança fantástica.

Agradeço ao primo Diogo por toda a motivação e bom humor que me proporcionou para a conclusão da dissertação.

À Anabela, por todas as palavras de incentivo e de motivação ao longo deste percurso.

Às minhas companheiras de curso e amigas Daniela Costa, Diana Brandão, Maria João Dias e Sónia Santiago, o meu sincero agradecimento pelas longas conversas, pelo apoio incondicional, pela partilha de sentimentos, pela paciência e por tudo aquilo que temos vindo a partilhar ao longo destes 5 anos. O meu muito obrigada pela vossa amizade.

Um especial obrigada, à Sónia Santiago por me ter ajudado nesta fase tão difícil. Obrigada por seres como és! Obrigada por toda a dedicação e motivação que me deste. Sem ti este percurso não tinha sido concluído. És mais do que uma amiga.

Por fim, agradeço ao meu namorado e companheiro por todo o apoio incondicional ao longo destes anos, por toda a dedicação, amor, amizade, companheirismo, dedicação e compreensão das horas em que estive ausente. Sem ti isto não teria sido possível.

A todos, o meu muito obrigada!



# Resumo

O carácter desenvolvimental do coping resiliente, autoestima e afeto possui um papel fulcral para a satisfação e desenvolvimento bem sucedido. Apesar de o envelhecimento ser um reflexo da idade cronológica, o envelhecimento biológico não é fixo em termos de idade, pois é vivenciado e manifestado por cada sujeito, sofrendo influência de diversos fatores (experiências passadas, estilos de vida, nível socioeconómico, influências sociais, etc.) (Larrínaga, 2008; Rosa, 2012), o que leva a que o sujeito possua fases distintas de desenvolvimento.

O presente estudo tem como principal objetivo analisar o coping resiliente, a autoestima e o afeto positivo e negativo na idade adulta inicial, adultez intermédia e velhice, assumindo-se uma perspectiva de desenvolvimento ao longo do ciclo vital. Participaram no estudo 1488 indivíduos, 842 (56.6%) do sexo feminino e 643 (43.2%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 97 anos, sendo a média de idades de 44.5 (DP=17.38). O grupo de participantes na idade adulta inicial, com idades entre os 22 e os 44 anos abarca 835 (56.1%) indivíduos, o grupo da adultez intermédia com idades entre os 45 e os 64 anos é constituído por 412 (27.7%) sujeitos, e o grupo de idosos, com mais de 65 anos por 241 (16.2%) participantes. Utilizou-se um questionário sociodemográfico, Escala Breve de Coping Resiliente, Escala de auto-estima de Rosenberg e Escala de afeto positivo e negativo - PANAS-VRP.

Os principais resultados da investigação indicam diferenças ao nível da autoestima ( $p = .000$ ) sendo na fase da adultez intermédia que apresentam um valor superior ( $m = 34.37$ ,  $DP = 4.27$ ). De igual forma, são apresentadas diferenças ao nível do coping resiliente ( $p = .000$ ), com valores superiores na fase de adultez intermédia ( $m = 15.41$ ,  $DP = 3.47$ ). Ao nível da variável afeto positivo também foram apresentadas diferenças ( $p = .000$ ) sendo igualmente a fase da adultez intermédia a apresentar os valores superiores ( $m = 19.64$ ,  $DP = 3.47$ ). Por fim, também ao nível do afeto negativo foram apresentadas diferenças ( $p = .000$ ), sendo que nesta variável os indivíduos de idade adulta inicial são quem apresentam níveis mais elevados ( $m = 10.57$ ,  $DP = 4.10$ ). Os resultados, ao indicarem diferenças nas diferentes fases desenvolvimentais, sugerem a importância da realização de estudos longitudinais sobre estas dimensões e uma abordagem baseada numa perspectiva de ciclo vital para o desenho de intervenções integradas promotoras do bem-estar.

## Palavras-chave

. Aduldez; Velhice; Coping resiliente; Autoestima; Ciclo vital; Afeto positivo; Afeto negativo.

# Abstract

The developmental nature of resilient coping, self-esteem and affection has a central role to the satisfaction and successful development. Although aging is a reflection of chronological age, biological aging is not fixed in terms of age, as it is experienced and expressed by each subject, being influenced by many factors (past experiences, lifestyles, socio-economic, social influences, etc.) (Larrínaga, 2008; Rosa, 2012), which means that the subject has distinct stages of development.

This study aims to analyze the resilient coping, self-esteem and both positive and negative affect in early adulthood, middle age and elderly age, assuming a perspective of development throughout the life cycle. In the present study participated 1488 subjects, being 842 (56.6%) women and 643 (43.2%) male, aged between 22 and 97 years, with a mean age of 44.5 (SD = 17:38). The group of participants in early adulthood, with age between 22 and 44 years old includes 835 (56.1%) individuals, the middle adulthood group with age between 45 and 64 years old consists of 412 (27.7%) subjects, and the elderly group, with over 65 years by 241 (16.2%) participants. We used a sociodemographic questionnaire, Brief Coping Scale Resilient, Scale of self-esteem Rosenberg and positive and negative affect schedule - PANAS- VRP.

The main research results indicate differences in self-esteem ( $p = .000$ ) and at the stage of middle adulthood, that have a higher value ( $m = 34.37$ ,  $SD = 4.27$ ). Likewise, differences are brought to the level of resilient coping ( $p = .000$ ), with higher values in the middle adulthood stage ( $m = 15:41$ ,  $DP = 3:47$ ). In respect of the variable positive affect were also presented differences ( $p = .000$ ) being the phase of middle adulthood to submit higher values ( $m = 19.64$ ,  $SD = 3:47$ ). Finally, concerning the negative affect, differences have been presented ( $p = .000$ ), and in this variable the initial adult individuals are those who have higher levels ( $m = 10:57$ ,  $SD = 4.10$ ). The results, by indicating differences in different developmental stages, suggest the importance of longitudinal studies on these dimensions and an approach based on a life cycle perspective to the design of interventions integrated promoting welfare.

## Keywords

Adulthood; Old age; Coping resilient; Self esteem; Life cycle; Positive affective; Negative affect



# Índice

Agradecimentos .....	v
Resumo .....	vii
Abstract .....	ix
Lista de Tabelas .....	Xiii
Lista de acrónimos .....	Xv
Introdução .....	1
Capítulo 1 - Parte Teórica .....	3
1.1. Desenvolvimento ao longo do ciclo vital .....	3
1.1.1. Envelhecer com saúde .....	4
1.1.2. Envelhecimento Ativo .....	7
1.2. Coping Resiliente .....	8
1.2.1. Perspetiva sobre coping: coping focado no problema e na emoção .....	11
1.3. Afeto positivo e afeto negativo .....	12
1.4. Autoestima .....	14
Capítulo 2 - Parte Empírica .....	17
2.1 - Apresentação do estudo .....	17
2.1.1 - Objetivos .....	17
2.2 - Participantes .....	18
2.3 - Instrumentos .....	21
2.4 - Procedimentos .....	23
2.4.1 - Análise estatística .....	23
Capítulo 3 - Apresentação dos Resultados .....	25
Capítulo 4 - Discussão dos resultados / Conclusões .....	33
Bibliografia .....	43



# Lista de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Caracterização sociodemográfica da amostra (N=1488).....	19
<b>Tabela 2:</b> <i>Caracterização dos elementos segundo as habilitações literárias e situação profissional (n=1488).....</i>	19
<b>Tabela 3:</b> <i>Caracterização da nacionalidade dos indivíduos (n=1488).....</i>	20
<b>Tabela 4:</b> <i>Diferenças nos resultados das 3 escalas em função do género.....</i>	25
<b>Tabela 5:</b> <i>Diferenças nos resultados das 3 escalas do em função da variável Idade .....</i>	26
<b>Tabela 6:</b> <i>Diferenças nos resultados das 3 escalas em função da variável estado civil.....</i>	27
<b>Tabela 7:</b> <i>Diferenças nos resultados das 3 escalas em função da variável habilitações literárias.....</i>	29
<b>Tabela 8:</b> <i>Diferenças nos resultados das 3 escalas em função da variável nacionalidade.....</i>	30
<b>Tabela 9:</b> <i>Diferenças nos resultados das 3 escalas em função da variável local de residência.....</i>	31
<b>Tabela 10:</b> <i>Correlações entre as escalas utilizadas (Coeficiente de correlação de Spearman) (N=1488).....</i>	32



## Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
OMS	Organização Mundial de Saúde
PANAS	<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>
VRP	Versão reduzida Portuguesa
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale
BRCS	Brief Resilient Coping Scale
EBCR	Escala Breve de Coping Resiliente



# Introdução

A presente investigação surge inserida no âmbito da obtenção do grau mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior (UBI), inserido no projeto de investigação sobre Saúde, Bem-Estar e Felicidade ao longo do ciclo de vida.

Durante o processo do ciclo vital, o indivíduo é estimulado a estabelecer novas relações consigo próprio e com os outros de forma a superar limitações e obstáculos. Cada estágio de desenvolvimento envolve o indivíduo num processo de reincorporação de fatores psicossociais experimentados em estágios precedentes a novos temas relacionados à idade (Wadensten, 2006).

O contexto em que o sujeito está inserido pode influenciar o seu estado de desenvolvimento (Masten & Garmezy, 1985), seja de uma maneira positiva, onde o sujeito tem oportunidades de evoluir e aproveitar as capacidades que tem ou o que lhe é surgido pelo contexto, ou negativa, onde a pobreza tem sido apontada em muitas pesquisas como um fator de risco potencial para o desenvolvimento das pessoas. Desta forma, viver na pobreza constitui-se, muitas vezes, um fator de risco que ameaça o bem-estar das pessoas, limitando as oportunidades de desenvolvimento ao longo da vida (Zimmerman & Arunkumar, 1994).

Neste seguimento, é importante referir que a perceção que cada sujeito faz de si próprio, seja uma perceção positiva ou negativa, está relacionado com os pensamentos, sentimentos e emoções que o indivíduo faz de si próprio, o que influencia o seu desenvolvimento assim como a o uso das estratégias de coping (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Pechorro, Marôco, Poiães & Vieira, 2011).

É neste contexto que se enquadra a pertinência da presente investigação, uma vez que a mesma tem como principal objetivo estudar o coping resiliente, a autoestima e os afetos (positivos e negativos), através da perspetiva do desenvolvimento ao longo do ciclo vital.

Foi aplicado um questionário sociodemográfico, assim como um questionário baseado em escalas de avaliação previamente creditadas, com a finalidade de avaliar os conceitos em questão no estudo, como o coping resiliente a autoestima e o afeto positivo e negativo na adultez e velhice, para efetuar as diferenças entre variáveis. As escalas utilizadas baseiam-se na escala de auto-estima de Rosenberg, a escala breve de coping resiliente e uma escala Portuguesa de afeto positivo e negativo - PANAS - VRP. É então pretendido com este estudo esclarecer uma possível relação entre o coping resiliente, a auto estima e o afeto positivo e negativo na adultez e velhice.

A presente investigação encontra-se dividida em 4 capítulos principais divididos por duas grandes partes, a primeira parte debruça-se na revisão da literatura já existente sobre o tema, enquanto que a segunda abarca a exposição do estudo empírico.

O capítulo um incide numa contextualização teórica sobre a temática desta investigação, onde inicialmente são abordados os conceitos de saúde mental, envelhecimento activo, coping resiliente, coping focado no problema, coping focado na emoção, afeto positivo e afeto negativo e autoestima.

Seguidamente é apresentado o capítulo dois, já incluído na segunda parte do corpo da investigação, que se refere à apresentação pormenorizada do estudo empírico, no qual são formulados os objetivos, classificadas as variáveis, instrumentos e a amostra.

No capítulo número três são referidos os resultados obtidos na presente investigação, onde se procede à exposição da estatística inferencial e são testados e analisados os dados obtidos relativamente aos objetivos colocados.

Para concluir, o capítulo quarto abarca a discussão dos dados obtidos, onde estes são devidamente explicados e contrastados com a literatura, finalizando a dissertação com algumas limitações que se fizeram sentir ao longo da investigação, assim como com sugestões para trabalhos futuros.

# Capítulo 1 - Parte Teórica

## 1.1. Desenvolvimento ao longo do ciclo vital

O paradigma do desenvolvimento ao longo do ciclo vital é de natureza pluralista abrangendo múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento (Baltes & Smith, 2004). O desenvolvimento é visto como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças biológicas, genéticas, sociais e culturais, que podem ser normativas ou não normativas, marcadas por ganhos e perdas recorrentes da interatividade entre o sujeito e a cultura (Neri, 2006).

As influências normativas correspondem a processos de mudança previsíveis de origem genético-biológica que vão ocorrendo com o passar da idade, e, por isso são apelidadas de mudanças graduadas pela idade (Neri, 2006). As mudanças graduadas pela história, correspondem a processos de socialização ao qual os indivíduos estão sujeitos, onde representam mudanças psicossociais previsíveis. As influências não normativas, corresponde a uma sequência não previsível de alterações de influência biológicas e sociais (Neri, 2006).

O conceito de normalidade é estatístico e diz respeito á frequência dos acontecimentos que ocorrem em cada grupo de idade, assim, esses acontecimentos não surgem pelo tempo mas sim, pela interação entre o organismo do individuo e o ambiente (Neri, 2009). A este processo chama-se influência normativa pela idade. As influências relacionadas com a história, referem-se às mudanças que afetam os sujeitos nascidos no mesmo período da história (coorte) (Neri, 2009).

A interação dinâmica que ocorre entre os fatores biológicos e culturais muda ao longo do ciclo vital, existindo diferenças no uso de recursos na infância e na velhice. Na infância, os recursos são mais utilizados no crescimento, e, na velhice é utilizado na manutenção de capacidades e na regulação de perdas (Neri, 2009).

Baltes (1997), propôs três princípios sobre a dinâmica biológica/cultura envolvidas no desenvolvimento ao longo do ciclo vital. Um dos princípios considera que a plasticidade biológica e a fidelidade genética declinam com a idade, e dessa forma vão ocorrendo perdas, porque a natureza privilegia o crescimento nas fases pré-reprodutiva e reprodutiva. Na seleção natural esses processos biológicos favorecem a continuidade da espécie. O segundo princípio, baseia-se no paradigma que, para o desenvolvimento se estenda em idades avançadas, são necessários recursos e progressos cada vez maiores na evolução cultural. A média esperança de vida tem aumentado, derivado aos investimentos da cultura e sociedade

em instrumentos, habitações, equipamentos de trabalho, higiene, recursos de saúde, proteção civil, educação, entre outras. O terceiro princípio proposto por Baltes, refere-se à eficácia da cultura para promover o desenvolvimento e a reabilitação das perdas e declínio associados à velhice, assim, os mais velhos respondem de uma forma mais lenta e menos adequada à situação, uma vez que a sua plasticidade comportamental e resiliência biológica são menores.

A plasticidade comportamental serviu como inspiração central da teoria de seleção, otimização e compensação. Numa primeira fase serviu como explicação para a velhice bem-sucedida, e hoje é utilizada na explicação da adaptação dos sujeitos de todas as idades (Baltes & Baltes, 1990). O foco principal deste modelo, é saber como os sujeitos de várias idades gerem e usam os seus recursos internos e externos tendo em conta a otimização de recursos e a compensação de perdas (Neri, 2009).

Assim, a seleção refere a especificação e a diminuição de alternativas permitidas pela plasticidade individual. Torna-se essencial e uma necessidade quando os recursos como tempo, energia e capacidade são limitados. Esta requer a reorganização da hierarquia e do número de metas e objetivos, tendo de existir um ajustamento dos mesmos ou desenvolvimento de novas metas, compatíveis e de acordo com os recursos disponíveis (Baltes, 1997). A otimização refere-se à aquisição, aplicação, coordenação e à manutenção de recursos internos e externos, visando o alcance de níveis superiores de funcionamento, podendo ser efetuada de acordo a educação, suporte social dirigidos à cognição, à saúde, à capacidade e às habilidades (Baltes, 1997). A compensação envolve o uso de alternativas para manter o funcionamento, como o exemplo de o uso de cadeiras de rodas, aparelhos auditivos para compensar problemas de orientação espacial e a utilização para auxiliar a memória verbal (Baltes, 1997).

Desta forma, os três mecanismos (seleção, compensação e otimização) são utilizados em todas as idades, de forma consciente ou inconsciente, sozinhos ou com o apoio de outras pessoas ou instituições. Na velhice, o modelo pode ser utilizado para explicar o paradoxo do bem-estar subjetivo e da continuidade da funcionalidade, mesmo tendo em conta a presença de riscos e perdas de natureza biológica e social (Neri, 2009).

### **1.1.1. Envelhecer com saúde**

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), considera a saúde como um processo completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças físicas ou patológicas.

O envelhecimento representa as mudanças que ocorrem a nível biológico e psicológico. O envelhecimento é associado aos danos que ocorrem no organismo (moleculares

e celulares). Com o avançar do tempo, essas mudanças vão ocorrendo, porém, não são lineares ou consistentes, sendo apenas associadas à idade da pessoa (OMS, 2015)

O desenvolvimento exige as vivências externas e a capacidade que o indivíduo tem para ministrar as emoções positivas e negativas, aceitando as exigências da vida. A saúde implica o bem-estar do indivíduo consigo próprio e com o meio envolvente (Amarante, 2007).

Com o avanço da idade, ocorrem frequentemente mudanças significativas na vida do sujeito, não só a nível biológico, mas também, mudanças nos papéis que desempenham a nível familiar e social, assim como, lidar com as perdas de relações próximas. Os adultos mais velhos, tendem a selecionar objetivos e prioridades, em menor número mas mais significativos, de forma a otimizar as suas capacidades existentes, bem como compensar algumas perdas de habilidades (OMS,2015).

Com o aumento da idade, aumenta a vulnerabilidade e as complicações de saúde (Ramos, 2001). Este resultado vai ao encontro do estudo de Seabra (2008), que demonstra que a idade é uma variável individual que influencia a percepção do stresse de cada sujeito, dos fatores do stresse e do tipo de estratégias de coping utilizadas para lidar com situações adversas.

Segundo Amarante (2007), poderão considerar-se alguns critérios para a promoção da saúde, nomeadamente, as atitudes positivas em relação a si próprio; o crescimento, desenvolvimento e o sentido de auto-realização; a integração e resposta emocional; a autonomia e auto-determinação; a percepção da realidade e a competência social. Assim, o conceito de promoção da saúde é alvo de diversas definições mas todas assumem algo de comum, o facto de encararem a promoção da saúde como um conjunto diversificado de ações centradas no indivíduo ou no ambiente, que se desenvolve para conduzir à melhoria da saúde e ao bem-estar (Rootman, Goodstadt, Potvin e Springett, 2001)

Para uma melhor compreensão sobre o conceito de envelhecimento, é importante que este seja analisado individualmente, podendo ser distinguido em três componentes: a idade cronológica, o envelhecimento biológico, o envelhecimento psicológico e o envelhecimento sociocultural, dado que estas dimensões se relacionam mutuamente no processo de envelhecimento (Fontaine, 2000; Lima, 2010; Santos, 2002;Vega & Martínez, 2000). No que diz respeito à perspetiva cronológica, como o próprio nome indica, resulta unicamente da idade, referindo-se ao processo de desenvolvimento universal, irreversível e progressivo que ocorre desde o momento que somos gerados (Erber, 2013; Fonseca, 2006; Guralnik & Melzer, 2002; Larrínaga, 2008; Rosa, 2012; Santos, 2012; Vega & Bueno, 1996). Vários autores têm salientado que o processo de envelhecimento não se restringe somente à idade, mas sim a todo o seu processo biopsicossocial (Crespo-Santiago & Fernández-Viadero, 2012; Lima, 2010; Paúl, 2005; Rosa, 2012).

De acordo com as teorias do envelhecimento biológico ou senescência, trata-se de um conjunto de mudanças universais que são pré-programadas geneticamente que se vertem no envelhecimento orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas, que levam à diminuição da plasticidade, na acumulação de perdas evolutivas e na diminuição progressiva das aptidões e capacidades funcionais, tanto físicas como intelectuais que dirigem a uma gradual vulnerabilidade do organismo, ampliando assim a possibilidade de morrer (Barreto, 2005; Fontaine, 2000; Larrínaga, 2008; Santos, 2002; Vega & Bueno, 1996). Apesar de ser um reflexo da idade cronológica, o envelhecimento biológico não é fixo em termos de idade, pois é vivenciado e manifestado por cada sujeito, sofrendo influência de diversos fatores (experiências passadas, hábitos, educação, estilos de vida, gênero, herança genéticos, nível socioeconômico, influências sociais, personalidade, etc.) (Larrínaga, 2008; Rosa, 2012).

No que concerne ao envelhecimento psicológico, este apresenta um carácter mais dinâmico comparativamente com o envelhecimento biológico, partindo da relação entre a funcionalidade estabelecida entre a idade do sujeito e a capacidade que o mesmo tem para se adaptar às mudanças de ambiente (Lima, 2010). Desta forma, são necessários ajustamentos individuais face à ocorrência de alterações no self, procedentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, alterações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no contexto de residência/ambiente (Lima, 2010; Vega & Bueno, 1996).

Segundo Pasqualotti, Barone e Doll (2008), os estádios mais avançados da idade podem ser oportunos a novas conquistas orientadas pela satisfação pessoal, pela busca do prazer e por projetos adiados. Assim, as experiências vividas e os saberes podem ser vistos como ganhos, assim como um bom estabelecimento de relações intergeracionais (Pasqualotti, Barone & Doll 2008).

Segundo Baltes (1987), a perspectiva de desenvolvimento ao longo do ciclo vital, considera o envelhecimento como um processo multideterminado e heterogêneo, podendo ser considerados três processos de envelhecimento: envelhecimento bem-sucedido, normal e patológico (Baltes, 1987; Néri, 2007).

O processo de envelhecimento dito normal, também pode ser designado por senescência, e refere-se às alterações “típicas normais” e irreversíveis do envelhecimento, com ausência de patologia clínica física e cognitiva (Fontaine, 2002; Lima, 2010; Lima & Cammarota, 2012; Néri, 2007; Urgarte, 2010). Este processo diz respeito a um conjunto de mudanças que ocorrem relacionadas com a idade cronológica, tendo uma grande variabilidade entre os indivíduos visto que depende da hereditariedade e do meio ambiente onde estão inseridos (Bromley, 2002). Neste padrão de envelhecimento são aceites as doenças que fazem parte da idade neste processo (Jack, 2004; Smith & Ivnik, 2004).

O envelhecimento patológico está associado aos processos de senilidade que representem desvios significativos do padrão normal/comum de mudanças relacionadas com a idade (Bromley, 2002; Jack, 2004; Lima & Cammarota, 2012; Néri, 2007). Trata-se de um processo marcado por condições patológicas, por doenças crônicas, por comprometimento disfuncional e maior vulnerabilidade de morrer (Bromley, 2002; Fontaine, 2000; Lima, 2010; Veja & Bueno, 1996).

No âmbito do envelhecimento patológico, a demência nos dias de hoje é problema de saúde mental que mais rapidamente evolui, causando cada vez mais o interesse da população e dos profissionais de saúde (Petersen, 2004). É de fulcral importância que, os profissionais de saúde mental estejam capacitados para diagnosticar e controlar a evolução dos sintomas (Nunes & Pais, 2007), sendo crucial identificar os défices cognitivos nas suas fases mais prematuras (Petersen, 2004).

De acordo com a perspectiva de Baltes (1987) o envelhecimento bem-sucedido depende da história individual, do contexto histórico-cultural e de fatores genético biológicos. O envelhecimento é caracterizado por um ideal sociocultural de excelente qualidade de vida, boa funcionalidade física e mental, baixo risco de doenças e incapacidades bem como uma participação ativa na sociedade. O autor refere ainda que a ferramenta essencial para o envelhecimento bem-sucedido, implica a existência de três processos adaptativos que ajudam o sujeito a amenizar as perdas e a alcançar os seus objetivos pessoais, sendo eles: a seleção, a otimização e a compensação.

Existem várias condições e variáveis que exercem um poder fundamental sobre o envelhecimento bem-sucedido, dentro dos quais destacam-se: a aquisição de um estilo de vida saudável de modo a reduzir a probabilidade de doenças relacionadas ao envelhecimento patológico; a reserva cognitiva e a plasticidade; favorecer o desenvolvimento de estratégias de otimização e adaptação; propiciar o conhecimento individual, social e das novas tecnologias de modo a favorecer a compensação (Baltes & Baltes, 1990).

Ao longo do desenvolvimento existe uma perda das capacidades de adaptação à velhice, onde o sujeito tem de estabelecer alguns limites de capacidades, de maneira a possuir estratégias/dispositivos compensatórias especiais e criativas adequadas à sua idade e ao ambiente/ contexto que estão inseridos assim como, o fenómeno da resiliência (Baltes & Baltes, 1990).

### **1.1.2. Envelhecimento Ativo**

O envelhecimento é um processo universal que inevitavelmente faz parte de qualquer ser, não existindo forma de contornar esta fase do desenvolvimento. Ao longo de tempo tem-se discutido qual o termo mais adequado para definir- o envelhecimento saudável. No final da

década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) substituiu o conceito de envelhecimento saudável por envelhecimento ativo, definindo o processo como a otimização das oportunidades de saúde, participação ativa na sociedade e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que os indivíduos ficam mais velho (Ribeiro & Paúl, 2011). Assim, a noção de “ativo” não se refere somente à capacidade de o indivíduo poder exercer um trabalho ou de estar fisicamente ativo mas sim à capacidade de participação e envolvimento em questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais (Ribeiro & Paúl, 2011). Para estes autores, torna-se fulcral que os indivíduos reconheçam as capacidades que têm e que lhe permite promover o próprio bem-estar e fundamentalmente a qualidade de vida.

O envelhecimento ativo contempla também a história individual que cada pessoa vai construindo dia após dia e é encarado como um processo que ocorre ao longo de todo o ciclo vital, traduzindo-se assim num processo heterogéneo e idiossincrático (Ribeiro & Paúl, 2011). “O novo paradigma surge como sendo mais consensual, no sentido em que preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com manutenção da autonomia física, psicológica e social, em que os idosos estejam integrados em sociedades seguras em que assumam uma cidadania plena (Ribeiro & Paúl, 2011).

Segundo vários autores, o critério essencial para uma velhice bem-sucedida é o bem-estar subjetivo, mas Bowling e Dieppe (2005) cit in Teixeira e Néri (2008), salientam a importância da prevenção da morbilidade não desfazendo o bem-estar subjetivo.

Segundo Phelan et al. (2004) cit in Teixeira e Néri (2008), a principal característica do envelhecimento saudável passa pela capacidade de aceitação das mudanças fisiológicas decorrentes da idade que o indivíduo tem. Para o autor Hansen-Kyle (2005) cit in Teixeira e Néri (2008), envelhecer com saúde diz respeito a um conceito pessoal cujo planeamento deve ser focado nas qualidades físicas e nas expectativas individuais, estabelecendo uma linha da vida e não um fim.

## **1.2. Coping Resiliente**

Vários estudos reforçam a importância da resiliência no envelhecimento ao longo do ciclo vital, sendo este um constructo promotor de saúde e bem-estar (Smith & Zautra, 2008), concedendo a devida importância ao coping resiliente, que está relacionado a uma adaptação positiva face às adversidades que vão surgindo, promovendo uma adaptação positiva apesar de fatores stressores, desenvolvendo um maior funcionamento saudável ao longo da vida (Ribeiro & Morais, 2004).

A Resiliência, segundo a abordagem do desenvolvimento ao longo do ciclo da vida, alude à capacidade que o indivíduo tem de recuperar e conservar o comportamento

adaptativo quando a pessoa se encontra perante uma ameaça ou algum acontecimento de vida significativo negativo (Fontes, 2010).

Segundo Staudinger, Marsiske e Baltes, 1995, a resiliência integra conceitos como a capacidade de reserva e plasticidade. A plasticidade refere-se a qualquer mudança na capacidade adaptativa do organismo, esta tanto pode aumentar como diminuir, assim, a plasticidade na resiliência comporta-se ao potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal.

A capacidade de reserva abrange fatores e recursos que direcionam o crescimento para além do nível de funcionamento normal, a resiliência, como capacidade de reserva, refere-se aos recursos latentes que podem ser ativados, referindo-se apenas à manutenção ou à recuperação dos níveis normais de adaptação (Fontes, 2010).

Segundo Fontes (2010), a resiliência não é considerada um traço, pois esta pode mudar em função das transações com o meio envolvente e com o indivíduo. A resiliência de cada pessoa e a resposta a alguma adversidade é harmonizada de acordo a função dos fatores protetores). Alguns exemplos desses fatores são: saúde, competências comportamentais, recursos psicológicos (traços de personalidade, maturidade, regulação emocional, enfrentamento do stress) e recursos sociais (educação, família, amigos e instituições sociais) (Fontes, 2010).

A resiliência implica a resistência e a capacidade de enfrentar (coping) situações adversas, assim como aumentar e desenvolver as suas capacidades perante um acontecimento significativo (Ribeiro & Moraes, 2004).

O processo de resiliência pode ser potencializado ou desvantajoso quando, o sujeito possui a influência dos fatores de proteção e /ou de risco perante as adversidades significativas (Júnior & Zanini, 2011).

Os fatores de risco, aumentam a probabilidade de o sujeito ter o seu desenvolvimento comprometido, quando vivencia acontecimentos significativos. Segundo o autor, alguns desses fatores de risco correspondem a perdas afetivas, doenças, desemprego, catástrofes naturais, carência económica, pobreza, entre outras (Júnior & Zanini, 2011).

De acordo com Júnior e Zanini (2011), os fatores de proteção são aqueles que, aumentam a probabilidade de o sujeito ultrapassar e resolver a situação de uma forma eficaz. Nesse sentido, os fatores de proteção ajudam a que o indivíduo modifique, melhore ou até altere o seu comportamento a uma situação não adaptativa.

A resiliência procura recursos protetores que atuam ao longo da vida, para ajudar o indivíduo a lidar com acontecimentos de vida negativos e de *stress*. Esses recursos protetores

passam por: mecanismos de autorregulação do *self*, autoeficácia, regulação emocional, mecanismos de enfrentamento do *stress* e estratégias de seleção, otimização e compensação dos domínios do funcionamento (Fontes & Néri, 2015).

A resiliência inclui conteúdos, como: a pessoa experienciar o sentido de competência mesmo tendo e aceitar a ajuda dos outros; ver o lado positivo da vida, sem negar e esconder o negativo; ser ativo e participativo, mas também sereno, de forma a desfrutar a vida ligado ao presente, mas também ao passado e ao futuro (Fontes & Néri, 2015). A resiliência está associada à regulação emocional, onde existe um enfrentamento de adversidades ou acontecimentos de vida significativos (Fontes & Néri, 2015).

A regulação emocional é a intensidade do *stress* que os idosos ou jovens vivenciam, existindo uma acentuação e prolongamento de experiências emocionais negativas e redução de flexibilidade cognitiva. A pessoa idosa ostenta um funcionamento socio-emocional igual ou superior ao adulto / jovem. Em algumas situações, o idoso pode deparar-se com a impossibilidade de utilizar estratégias eficazes, como por exemplo, quando se encontra perante doenças crónicas de comprometimento cognitivo. Um idoso pode vivenciar o mesmo nível de afeto negativo que um jovem adulto sem doenças crónicas (Fontes & Néri, 2015). No entanto, é importante salientar que, nos idosos as perdas tornam-se mais prováveis do que os ganhos evolutivos, assim, podem apresentar estabilidade, autoestima, competência, autoeficácia e qualidade de vida e bem-estar subjetivo.

De acordo com a pesquisa efetuada no âmbito desta investigação verificou-se que existe uma escassez de estudos que correlacionam o coping resiliente, enquanto construto conjunto, com o desenvolvimento ao longo do ciclo vital. Este facto contribui para que o que o referencial teórico se foque principalmente nos construtos de coping e resiliência separadamente.

O coping tem sido definido como um conjunto de esforços que o sujeito faz a nível cognitivo e comportamental, com o objetivo de lidar com situações adversas, internas ou externas, que são avaliadas pelo mesmo como um fator de stress ou que excede os seus recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984).

Segundo Ribeiro e Morais, 2004, a conceção de coping é primordial para se compreender a capacidade de resiliência que o individuo possui. O coping ocorre num determinado momento enquanto a resiliência ocorre ao longo do tempo.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), existem três elementos centrais no processo de adaptação de acontecimentos stressores, nomeadamente, os recursos que cada um possui, a perceção da situação e as estratégias de coping.

De acordo com Diener e Lucas (2000); Smerfield e McCrae (2000), o coping processa-se mediante a mobilização e disponibilização de recursos naturais, com a finalidade de administrar situações stressoras, onde o mesmo consiste na interação entre o organismo e o ambiente, promovendo a adaptação às circunstâncias stressoras (Zakir, 2010)

Existe uma panóplia de estudos que explicam que estes esforços, assim como, as tentativas de o sujeito regular as emoções negativas associadas a vivências e situações stressantes, possuem um papel fundamental na minimização dos efeitos negativos relacionados com o fator stressor, incluindo problemas emocionais e comportamentais (Dell`Aglia, 2003).

Hamarat e colaboradores (2001) realizaram um estudo sobre satisfação global com a vida em três grupos de idade (18 a 40 anos, 41 a 65 anos e 66 anos e acima) e concluíram que o coping tem um papel preditor da satisfação de vida global, no entanto a eficácia dos recursos de coping foram um melhor preditor da satisfação com a vida nos adultos de meia-idade e mais velhos do que nos participantes mais jovens. Desta forma, as estratégias de coping correspondem aos recursos disponíveis do sujeito, que têm por finalidade minimizar a pressão física, emocional e psicológica relacionada com os acontecimentos stressores. Segundo Gomes e Pereira (2008), a eficácia das estratégias, calcula-se pela capacidade que cada um tem em reduzir de imediato as implicações psicológicas, sociais ou físicas, assim como, evitar no futuro o mal-estar do sujeito.

Como já referido anteriormente, a resiliência encontra-se vinculada às estratégias de coping, onde se refere à capacidade da pessoa resistir às adversidades, tendo em conta fatores extrínsecos e intrínsecos

### **1.2.1. Perspetiva sobre coping: coping focado no problema e na emoção**

Folkman e Lazarus (1980) enfatizam a importância das estratégias de coping, referindo que estas estratégias podem se alterarem de momento para momento, durante um acontecimento significativo. Dada esta variabilidade nas reações individuais, estes autores defendem a impossibilidade de se poder prever as respostas que cada sujeito perante os acontecimentos a partir do *coping* que cada individuo utiliza baseado na sua resiliência.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), O coping abarca comportamentos e pensamentos que o sujeito recorre para lidar com acontecimentos indutores de stress, que de acordo com os mesmos, podem ser centrados no problema ou centrados nas emoções.

No coping focado no problema, existe a procura de estratégias que derivam de alguns processos defensivos ou evitantes onde visam a busca de aspetos positivos em acontecimentos stressores, de forma a minimizar a importância emocional (Rodrigues & Chave, 2008).

Quando o sujeito avalia a situação como inalterável, está a utilizar o coping orientado para a emoção. Assim sendo, quando o mesmo avalia a situação como alterável está a utilizar o coping orientado para o problema. Quando o sujeito procura apoio aos amigos e familiares, as estratégias de coping são direcionadas para o problema, mas caso, o sujeito apenas necessite de expressar os seus sentimentos e emoções, procurando a compreensão dos outros, então esses esforços são direcionados para o apoio emocional (Gomes & Pereira, 2008).

As estratégias de coping focadas na emoção envolvem os esforços cognitivos e comportamentais que o sujeito tem de fazer para evitar pensar sobre a situação stressante ou com o intuito de lidar com o desconforto emocional causado (Borges et al., 2008).

O coping centrado na emoção representa os esforços que o indivíduo faz, no sentido de regular o seu estado emocional em episódios mal-adaptativos, quando é exposto a estímulos stressores, com o intuito de minimizar a tensão vivenciada (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Segundo Lazarus & Folkman (1984), as estratégias de coping focadas na emoção definem-se como esforços para regular o estado emocional associado ao evento stressor. Desta forma, tem como principal objetivo reduzir as sensações desagradáveis. Que pode incluir de acordo com os autores o distanciamento, evitamento, auto-controlo, minimização, atenção seletiva, comparação positiva e atribuição de valores positivos para situações desagradáveis.

As estratégias coping centradas na emoção, visam a mudança do significado da situação, denominadas de reavaliações cognitivas. No entanto, existem outras funções como, manter o otimismo e a esperança de forma, a o sujeito evitar a auto-decepção (Krum, 2007).

### **1.3. Afeto positivo e afeto negativo**

O afeto (positivo e negativo) é uma dimensão bastante importante na saúde do sujeito, visto que assegura a continuidade do processo do desenvolvimento ao longo do ciclo vital, sendo um componente de superação e mudança (Diniz & Koller, 2010).

O afeto resulta da interação do sujeito com o meio ambiente onde está inserido, onde pode ser definido como afeto positivo ou afeto negativo, podendo ser um elemento protetor ou um fator de risco para a saúde (Galinha, Pereira e Esteves, 2014).

O afeto positivo e afeto negativo são caracterizados pela intensidade e a frequência com que os sujeitos vivenciam as emoções (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). De acordo com os mesmos autores, a frequência com que o sujeito vivencia os afetos positivos ou

negativos contribui de uma forma significativa para a percepção de felicidade ou infelicidade superior à intensidade dos afetos.

Tendo em conta a psicologia positiva, os afetos (positivo e negativo) constituem uma dimensão emocional do bem-estar subjetivo (BES). Este é estudado a partir da dimensão cognitiva e afetiva. O elemento afetivo do BES refere-se às vivências do sujeito e assim, é o resultado das suas emoções. Desta forma, o nível de afeto do indivíduo dá-se entre os sentimentos agradáveis e desprazerosos, como: alegria, prazer, ansiedade, raiva (Zanon, Bastianello, Pacico & Hutz, 2013).

Por sua vez, a dimensão cognitiva caracteriza-se pela percepção que o sujeito tem da sua satisfação com a vida. Esta avaliação é feita de uma forma global, onde são considerados aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente, satisfação com o presente, passado e futuro, no qual a experiência de emoções positivas evita os efeitos negativos das emoções na saúde, originando a recuperação em acontecimentos de vida significativos (Zanon, Bastianello, Pacico & Hutz, 2013).

Segundo a literatura encontrada, à medida que a idade vai avançando, existe uma propensão para colocar-se uma maior importância na regulação das emoções, sendo que, essa capacidade vai se melhorando e adaptando de uma forma progressiva (Carstensen, 1993 & Carstensen, Fung & Charles, 2003). Deste modo, os adultos de idade intermédia demonstram maior capacidade para regular as emoções que os adultos de idade inicial (Blanchard-Fields, Mienaltowski, & Baldi, 2007; John & Gross, 2004).

Ryff (1989) referiu a importância de um equilíbrio de afeto, através de um estudo o autor subtraiu afetos negativos de positivos, que utilizou para comparar jovens adultos, de meia-idade e idosos. Observou que os jovens eram menos felizes do que as pessoas de meia-idade e idosos. Em outro estudo, Rossi e Rossi (1990) averiguaram que ambos os afetos declinaram com o aumento da idade, sendo tal declínio mais forte em relação aos afetos negativos.

Carstensen (1995), observou que pessoas mais velhas, através da experiência de vida, passam a identificar quais os tipos de situações que aumentam e diminuem as emoções positivas e negativas, tornando possível selecionar pessoas e acontecimentos que diminuam as emoções negativas e aumentam as positivas. Isso proporcionaria aos idosos, equilíbrio de afetos e levaria a um sentimento maior de satisfação com a vida.

Outros estudos têm demonstrado que, os adultos de idade inicial utilizam estratégias baseadas na resolução de problemas, enquanto, os adultos de idade intermédia tanto utilizam as estratégias de resolução dos problemas como a regulação das emoções (Blanchard-Fields et al., 2007). A estratégia mais utilizada pelos adultos mais velhos é o evitamento (Blanchard-

Fields, Stein, & Watson, 2004), que pode servir como um fator de proteção para os proteger de situações adversas (Consedine, Magai, & Bonanno, 2002).

Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer (2010) sugeriram que estas estratégias de afetos e regulação das emoções são consistentemente relacionadas com a psicopatologia. Assim, sugerem que os sintomas depressivos diminuem com a idade, o que poderá corroborar o facto de os adultos mais velhos serem mais eficazes na regulação das emoções (Charles, Reynolds, & Gatz, 2001).

Os objetivos que cada individuo estabelece de forma autónoma e nos quais verifique uma concordância entre as suas capacidades e as metas propostas, leva a que o mesmo experiencie emoções positivas, que por sua vez está correlacionado com o afeto positivo, independentemente do modo como os conseguiu alcançar (Sansinenea, Montes, Aguirrezabal & Garaigordobil, 2010).

Em suma, o afeto como um todo, parece ser construído a partir de julgamentos que as pessoas realizam sobre suas vidas de um modo geral (Diener, Lucas, & Oishi, 2005). Por isso, altos escores de satisfação de vida estão associados a elevados níveis de afetos positivos e baixos níveis de afetos negativos.

## **1.4. Autoestima**

A autoestima é um indicador importante de saúde e bem-estar, onde é definido geralmente como uma emoção / sentimento positivo de cada pessoa, baseado na evolução das características de cada um, inclusive a percepção que tem de si próprio (Arreigada & Salas, 2009). A auto-estima é um fator importante na medida que ostenta um bom ajuste emocional, cognitivo e prático em todas as áreas da vida (Arreigada & Salas, 2009).

Na idade adulta, a autoestima torna-se bastante consciente, sendo muitas vezes desafiado por questões sociais e competências, surgindo duas questões relevantes, o desenvolvimento e gestão da autoestima, sendo possível potenciar a autoestima mas também perdê-la (Mruk, 2006). Esta questão vai ao encontro de duas possíveis alternativas que podem alterar a autoestima do sujeito: a relação sucesso/insucesso e a aceitação/rejeição (Mruk, 2006).

Situações como acontecimentos significativos e a sociedade, são fatores que podem alterar a autoestima, salientando-se experiências traumáticas na infância que são condições emergentes para o despoletar de fobias e patologias. O sofrimento de um ente querido, a idade, o género e a cultura são também variáveis que alteram a autoestima (Mruk, 2006).

É esperado que os indivíduos que experienciaram afeto e proximidade na infância devolvam diretrizes positivas acerca de si e manifestem uma elevada autoestima. De acordo com Roberts e Bengtson (1996), que efetuaram um estudo entre as relações afetivas das figuras parentais e autoestima, relataram correlações moderadas entre os constructos. Assim, verificou-se que o nível de afetividade vivenciado na infância possui uma forte influência sobre a autoestima.

Também Nelson, Padilla-Walker, Christensen, Evans e Carroll (2011) indicam que a infância de cada sujeito tem um papel fundamental na autoestima do adulto, na medida que, os pais que manifestam uma parentalidade ajustada no zelo e regulação irão promover nos seus filhos maior independência, criatividade, persistência, capacidades de liderança, autocontrole, autoconfiança e elevada autoestima.

Segundo Metad (2004), a autoestima sofre uma diminuição durante a idade madura e a velhice. Desta forma, para os idosos a auto-estima é uma dimensão bastante importante na medida em que, devem avaliar as suas capacidades, habilidades e características de acordo com as suas metas comparativamente com o passado (Arreigada & Salas, 2009).

Apresentando a autoestima como um bom indicador para a saúde e bem-estar, esta é caracterizada como uma avaliação afetiva, valor e apreço que cada um faz de si próprio (Freire & Tavares, 2010).

O conceito de autoestima tem sido investigado de diferentes formas. A autoestima global refere-se à forma como a pessoa se sente consigo mesma de uma forma geral, por sua vez a autoestima específica, alude à maneira como as pessoas avaliam as suas qualidades e habilidades (Dutton & Brown, 1997). Esta, influencia as respostas cognitivas face ao sucesso e ao insucesso, ao que a autoestima global influencia as respostas emocionais, assim, torna-se fulcral uma vez que, envolve a avaliação da forma como a pessoa se sente perante uma falha, desempenhando um papel contraproducente na vida psicológica, na medida em que está envolvida com o lidar com a rejeição e o ultrapassar obstáculos (Dutton e Brown, 1997).

De acordo com um estudo realizado por Kahana e Kahana (2001), onde o objetivo era investigar o sucesso do envelhecimento em pacientes com HIV. Os resultados apontaram alguns aspetos que contribuem para um envelhecimento bem-sucedido, como a esperança, altruísmo, autoestima, estratégias de enfrentamento e satisfação com a vida, onde estes fatores contribuem para a percepção de sentido de vida e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos sujeitos

Todos os comportamentos que promovem saúde e bem-estar, são fundamentais para a autoestima na idade avançada, podendo atuar através dos desafios e ameaças, direta ou

indiretamente, daí a necessidade de promoção de participar ativamente na sociedade e individualmente (Arreigada & Salas, 2009).

# Capítulo 2 - Parte Empírica

Neste capítulo será descrita e exposta a metodologia implementada nesta investigação, onde serão apresentados e abordados os principais objetivos a obter com este estudo, os procedimentos, população-alvo e os métodos para a concretização da mesma. Deste modo, sucintamente, será feita uma breve apresentação do estudo, seguida da caracterização dos participantes, serão também descritos os instrumentos a que se recorreu para recolher os dados necessários para o estudo. Será ainda feita uma referência à forma de tratamento estatístico de dados e referenciadas algumas considerações éticas inerentes à investigação.

## 2.1 - Apresentação do estudo

A presente investigação é quantitativo e de cariz transversal (cross-sequencial) visto que a recolha da amostra se obteve num único momento. Trata-se de um estudo comparativo visto que permite comparar duas ou mais variáveis com o objetivo de entender quais as diferenças patentes entre as mesmas. No que concerne ao *design* de investigação, utilizou-se o *design* correlacional, pois foi através da aplicação de um questionário que adquirimos informação acerca da nossa amostra, de modo a, posteriormente, descrever e analisar dados.

Este estudo surge enquadrado num projeto de investigação em vigor desde 2014, intitulado por, “Saúde, bem-estar e felicidade ao longo do ciclo de vida PT/BR”, onde o objetivo é avaliar os níveis de saúde, bem-estar e felicidade em portugueses e brasileiros, assim como avaliar e relacionar com outras áreas e variáveis. Assim, dentro deste tema global e vasto, as variáveis a estudar são as estratégias de coping, afeto positivo e negativo ao longo da perspectiva do ciclo vital, na adultez e velhice.

O objectivo geral deste estudo é avaliar e comparar a utilização do coping resiliente, da autoestima e do afeto positivo e negativo com algumas variáveis do questionário sócio-demográfico na adultez e velhice. Pretende-se ainda verificar se existe correlações entre as escalas selecionadas para esta investigação.

### 2.1.1 - Objetivos

- Avaliar o afeto (positivo e negativo), autoestima e coping resiliente em indivíduos que se encontram na adultez e velhice;
- Averiguar se existem diferenças ao nível da autoestima entre indivíduos na adultez e velhice;

- Averiguar se existem diferenças ao nível do coping resiliente entre indivíduos na adultez e velhice;
- Averiguar se existem diferenças ao nível do afeto positivo e negativo entre indivíduos na adultez e velhice;
- Averiguar se existem se diferenças entre os participantes do género masculino e do género feminino, relativamente à autoestima, coping resiliente e ao afeto (negativo e positivo);
- Analisar se existem diferenças quanto à autoestima, ao coping resiliente e ao afeto (negativo e positivo) entre participantes com diferente estado civil;
- Averiguar se existem diferenças entre os indivíduos com diferentes habilitações literárias, em relação à autoestima, ao coping resiliente e ao afeto (negativo e positivo);
- Averiguar se existem diferenças na autoestima, o coping resiliente e o afeto (negativo e positivo) entre indivíduos brasileiros e portugueses;
- Averiguar se existem diferenças na autoestima, o coping resiliente e o afeto (negativo e positivo) com diferentes tipos de residência
- Analisar a relação entre coping resiliente, afecto e autoestima.

## 2.2 - Participantes

Trata-se de uma amostra por conveniência, ou seja, não probabilístico. Ou seja, os participantes foram convidados a participar devido à facilidade de acesso (Maroco & Bispo, 2003). Os critérios de inclusão foram ter idade superior a 22 anos.

Participaram no estudo 1488 indivíduos, 842 (56.6%) do sexo feminino e 643 (43.2%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 97 anos, sendo a média de idades de 44.5 (DP=17.38) e a moda de 24. Neste sentido, o grupo de participantes com idades compreendidas entre os 22 e os 44 anos abarca 835 (56.1%) indivíduos, o grupo com idades compreendias entre os 45 e os 64 anos é constituído por 412 (27.7%) indivíduos, e o grupo com mis de 65 anos por 241 (16.2%).

No que concerne ao estado civil, em maioria temos n=614 (41.3%) dos participantes casados e n=429 (28.8%) encontra-se solteiro. Relativamente à orientação sexual, podemos constatar que quase n=1240 (94%) dos participantes se identifica com uma orientação heterossexual.

**Tabela 3**  
**Caracterização sociodemográfica da amostra (N=1488).**

Variável		N	Percentagem (%)
Género	Feminino	842	56.6
	Masculino	643	43.2
	Outro	2	0.1
Idade	Dos 22 aos 44 anos	835	56.1
	Dos 45 aos 64 anos	412	27.7
	Mais de 65 anos	241	16.2
Estado Civil	Solteiro	429	28.8
	Casado	614	41.3
	União de facto	125	8.4
	Viúvo	86	5.8
	Compromisso afetivo com alguém significativo	113	7.6
	Divorciado/Separado	115	7.7
Orientação sexual	Heterossexual	1240	83.3
	Bissexual	21	1.4
	Homossexual	62	4.2

Quanto à escolaridade, que se pode observar na Tabela 2, a maioria dos participantes, ou seja, n=522 (35.1%), tem uma pós graduação ou mestrado, e n=488 (30.1%) uma licenciatura, cerca de 13% (n=186) possui um doutoramento e os restantes, cerca de 21% habilitações iguais ou inferiores ao 12º ano. Relativamente à situação profissional, podemos constatar que quase 42% dos participantes se encontra a trabalhar por conta de outrem, n=227 (15.3%) indivíduos depara-se com uma situação de reforma ou aposentação, aproximadamente 14% neste momento está a trabalhar por conta própria, cerca de 20% dos indivíduos são estudantes ou trabalhadores/estudantes e cerca de 6% atualmente está desempregado.

**Tabela 4**  
**Caracterização dos elementos segundo as habilitações literárias e situação profissional (n=1488)**

Variável		Frequência Absoluta (Fi)	Percentagem (%)
Habilitações Literárias	4º ano	85	5.7
	6º ano	18	1.2
	9º ano	54	3.6
	12º ano	145	9.7

	Licenciatura/Bacharelato	488	30.1
	Pós-graduação/Mestrado	522	35.1
	Doutoramento/Pós-Doutoramento	186	12.5
Situação profissional	Desempregado	87	5.8
	Estudante	130	8.7
	Trabalhador-estudante	162	10.9
	Trabalhador por conta de outrem	623	41.9
	Trabalhador por conta própria	198	13.3
	Reformado/Aposentado	227	15.3
	Outra	52	3.5

No que concerne às variáveis relacionadas com a nacionalidade dos indivíduos participantes na investigação (Tabela 3), n=730 (49.1%) apresenta nacionalidade Brasileira, n=723 (48.6%) dos indivíduos é Português e cerca de n=10 (1%) assinala dupla nacionalidade. Atualmente cerca de n=76 (49%) dos participantes vive no Brasil e n)711 (48%) em Portugal. Relativamente ao local de residência, n=682 (47.8%) dos participantes vive numa grande cidade, n=517 (34.7%) numa pequena cidade, cerca de 8% (n=116) num meio rural pequeno e n=66 (4.4%) num meio rural grande.

**Tabela 3**  
**Caracterização da nacionalidade dos indivíduos (n=1488)**

Variável	Frequência Absoluta (Fi)	Percentagem (%)	
Nacionalidade	Portuguesa	723	48.6
	Brasileira	730	49.1
	Dupla	10	0.7
	Outra	7	0.5
Onde vive	Portugal	711	47.8
	Brasil	726	48.8
	Outro	26	1.7
Local de residência	Meio rural pequeno	116	7.8
	Meio rural grande	66	4.4
	Cidade pequena	517	34.7
	Cidade grande	682	47.8

## 2.3 - Instrumentos

O protocolo usado no estudo geral “Saúde, Bem-Estar e Felicidade ao longo do ciclo de vida PT/BR”, é constituído por 9 instrumentos dos quais, para a presente investigação se selecionaram os considerados pertinentes e adequados tendo em conta os objectivos deste projeto de investigação: (1) questionário sociodemográfico; (2) escala de auto-estima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES)- versão portuguesa; (3) escala breve de coping resiliente adaptada para a população portuguesa e (4) escala de afeto positivo e negativo adaptada para a população portuguesa - versão reduzida (PANAS-VRP; Galinha et al., 20014).

### **Questionário sociodemográfico**

Este questionário foi elaborado no âmbito do estudo, e foi aplicado com objetivo de recolher, de forma rápida, direta e simples, um vasto leque de informações sobre os participantes. Assim, recolhe informação sobre a idade, sexo, nacionalidade, habilitações literárias, local de residência (concelho), estado civil, número de filhos e idades, elementos do agregado familiar, situação profissional e profissão. Abrange também questões relativas ao rendimento mensal, tipo de religião, se possui algum tipo de apoio e se sofre ou já sofreu algum tipo de violência.

### **Escala Breve de Coping Resiliente**

De forma a avaliar o coping resiliente na amostra, foi utilizado Brief Resilient Coping Scale (BRCS) desenvolvida pelos autores Sinclair e Wallston (2003) e adaptada para a população portuguesa como Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR) por Ribeiro e Morais (2010).

Inicialmente a escala incluía nove itens, dos quais foram selecionados os quatro que, segundo os autores, operacionalizam o construto de coping resiliente. Da mesma, surgiu o optimismo, a perseverança, a criatividade e o crescimento positivo face às adversidades. Os itens referidos traçam um padrão ativo de resolução de problemas que reflete o padrão de coping resiliente.

É uma escala de auto-resposta, unidimensional, constituída por quatro itens que apontam abranger a capacidade para lidar com o stress de uma forma adaptativa. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal, em formato de Likert, de cinco posições: 5-Quase sempre, 4-Com muita frequência, 3-Muitas vezes, 2-Ocasionalmente, 1-Quase nunca. A nota de capacidade para lidar com o stress de uma forma adaptativa varia entre 4 e 20. Alguns exemplos de itens presentes nesta escala são: “Procuro formas criativas de superar situações difíceis”, “Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis” e “Procuro ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida”.

Não existem itens com cotação invertida. De acordo com os autores da escala original, considera-se com baixa resiliência os sujeitos com uma pontuação inferior a 13 e os com resiliência forte, cuja pontuação seria superior a 17 (Ribeiro & Morais, 2010). Foi analisada a consistência interna da escala através do cálculo do alfa de Cronbach. No estudo realizado de adaptação da escala para a população portuguesa, o valor do Alfa de Cronbach foi de 0,78 o que, segundo Maroco e Garcia-Marques (2006), mostra bons valores de consistência interna. Neste estudo, o Alfa de Cronbach foi de 0.85 o que é considerado, segundo Pallant (2007) uma consistência muito boa.

#### **Escala de auto-estima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES)- versão portuguesa**

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES; Rosenberg, 1989; Corcoran & Fischer, 2000) é uma medida breve constituída por dez itens que avalia a autoestima em adolescentes e adultos. Alguns dos itens que constituem esta escala são: “Em geral estou satisfeito(a) comigo próprio(a)”, “Por vezes pendo que não presto”, “Sinto que tenho motivos para me orgulhar de mim próprio(a)” e “ De um modo geral sinto-me um(a) fracassado(a)”.

Trata-se de uma escala tipo Likert de 4 pontos (Discordo fortemente = 0, Discordo = 1, Concordo = 2, Concordo fortemente = 3). Na cotação da escala tem de se proceder à reversão dos itens indicados (nomeadamente os itens 2, 5, 6, 8, 9). A pontuação na escala varia entre 0 e 30, sendo que pontuações elevadas na escala indicam uma auto-estima elevada e vice-versa. Os estudos efetuados (Pechorro, Marôco & Poiães, 2011) revelam que esta escala tem apresentado adequadas propriedades psicométricas. Foi analisada a consistência interna da escala através do cálculo do alfa de Cronbach. No estudo realizado de adaptação da escala para a população portuguesa, o valor do Alfa de Cronbach foi de 0,82 o que, segundo Maroco e Garcia-Marques (2006), indica uma consistência muito boa. Neste estudo, o Alfa de Cronbach foi de 0.85 o que é considerado, segundo Pallant (2007) uma consistência muito boa.

#### **Escala de afeto positivo e negativo - PANAS- VRP**

A escala tem como principal constructo avaliar o afeto positivo e o afeto negativo. Referir autores originais seguidos dos autores da adaptação à população portuguesa. A versão Portuguesa reduzida consiste num total de 10 itens, estando estes divididos em 2 grupos de 5 itens cada. O grupo do afeto positivo, possui itens de entusiasmado, inspirado, encantado, caloroso e determinado, o grupo do afeto negativo avalia itens culpado, amedrontado, atormentado, perturbado e nervoso (Galinha et al., 2014). Os 5 itens de cada dimensão devem representar 4 categorias de emoções diferentes, preservando com fiabilidade as propriedades psicométricas. Desta forma, a escala detém cinco emoções positivas e cinco emoções negativas que representam oito categorias de emoções distintas, designadamente, as categorias: Excitado (itens entusiasmado e inspirado); Orgulhoso (item determinado);

Simpático (item caloroso) e Alegre (item encantado); Perturbado (itens atormentado e perturbado); Amedrontado (item amedrontado); Trémulo (item nervoso); e Culpado (item culpado) (Galinha et al., 2014).

A consistência interna da escala é de 0.868 para o afeto positivo e de 0.785 para o afeto negativo o que, segundo Maroco e Garcia-Marques (2006), é considerado uma boa consistência interna para o afeto negativo e muito boa para o afeto positivo. Neste estudo, o Alfa de Cronbach foi de 0.88 para o afeto positivo e de 0.84 para o afeto negativo o que, segundo Pallant (2007) é considerado uma consistência muito boa.

## **2.4 - Procedimentos**

No que toca aos procedimentos, primeiramente efetuou-se uma pesquisa da literatura existente sobre a temática, nomeadamente o levantamento de investigações de forma a encontrar alguma lacuna, ou factos pertinentes a serem alvo de estudo. Após o estabelecimento e a clarificação dos objetivos do estudo, foram definidas variáveis e instrumentos.

A recolha foi realizada por investigadores associados ao projecto “Saúde, Bem-Estar e Felicidade ao longo do ciclo de vida PT/BR” iniciado em 2014. Sendo os dados recolhidos por diferentes investigadores, garantiu-se o treino dos mesmos de modo á uniformização de procedimentos. Foram salvaguardados os princípios éticos e deontológicas ao longo de todo o processo de investigação. Assim, foi criado um documento com o consentimento informado, onde se utilizou um vocabulário relativamente acessível a todos os indivíduos e onde se explicava todo o processo de recolha de dados, nomeadamente que os dados recolhidos seriam unicamente para fins estatísticos, sendo que, os sujeitos foram também informados da possibilidade de a qualquer momento interromper a sua participação se assim o entendessem.

### **2.4.1 - Análise estatística**

A análise estatística foi realizada como *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Em primeiro lugar, e após inseridos todos os dados no SPSS criaram-se novas variáveis relativas à escala da autoestima, coping resiliente e afeto positivo e negativo. Seguidamente, através da análise descritiva, foi apresentada e caracterizada a amostra do presente estudo, seguida da análise dos resultados obtidos em cada instrumento, expressos de acordo com medidas de tendência central, que incluem principalmente medidas como a moda, mediana e média (M), e medidas de dispersão, utilizando para tal o desvio padrão (DP) e frequências (Guimarães & Cabral, 2007).

Procedeu-se à análise da consistência interna das 3 escalas selecionadas para a realização desta investigação. Para tal, recorreu-se ao cálculo do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) sendo que os seus valores podem oscilar entre 0 e 1. Especificamente, para valores inferiores a 0.6

são considerados inaceitáveis, entre 0.6 e 0.7 a consistência é designada razoável, entre 0.7 a 0.8 apresenta boa consistência, entre 0.8 e 0.9 admite-se como muito boa, e por fim, valores superiores a 0.9 são avaliados por terem uma consistência interna excelente (Pallant, 2007).

Posteriormente, seguiu-se a análise exploratória dos dados com o objetivo de decidir o tipo de teste estatístico a que se deveria recorrer para testar os objetivos. Dado que a amostra apresenta uma dimensão bastante superior a 30 ( $N=1488$ ), pode-se considerar que a distribuição se aproxima da distribuição normal, recorrendo-se por isso à utilização de testes paramétricos.

Assim, no âmbito dos testes paramétricos utilizou-se o *t* de Student (*t*) para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre grupos nos resultados das várias escalas, de acordo com a variável género. Ainda no âmbito dos testes paramétricos recorreu-se à ANOVA para analisar se são encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos resultados das várias escalas de acordo com várias variáveis sociodemográficas (Alexandre, 2006; Maroco, 2007). Para identificar onde estão as diferenças encontradas através da ANOVA, tornou-se necessário recorrer aos testes Post-Hoc. Estes testes, realizados no âmbito da análise de variância, permitem comparar os grupos dois a dois, identificando entre que grupos existem diferenças significativas. Recorreu-se, especificamente, ao Teste de Gabriel por se tratar de um teste adequado para quando os grupos não têm o mesmo número de participantes (Martins, 2011).

Depois de realizada a estatística inferencial, passou-se ao cálculo de Correlação de Spearman (*r<sub>s</sub>*) de modo a analisar o grau de associação/correlação existente entre todas as escalas do instrumento em estudo. Este coeficiente varia entre -1 (associação negativa perfeita) e 1 (associação positiva perfeita), sendo que o valor 0 indica a inexistência de correlação entre variáveis. Considera-se que a correlação é forte se o coeficiente for superior a 0.8, moderada se o coeficiente se encontrar entre 0.4 e 0.8 e fraca se o coeficiente for inferior a 0.4 (Santos, 2010). Optou-se por este teste visto que a literatura refere que a sua utilização é indicada quando a amostra não segue uma distribuição normal (Maroco & Bispo 2003).

Na análise estatística realizada assumiu-se o intervalo de confiança de 95%, considerando estatisticamente significativos os testes com probabilidades iguais ou inferiores a 0.05, aceitando assim que há diferenças significativas entre os grupos avaliados (Martins, 2011).

## Capítulo 3 - Apresentação dos Resultados

No que concerne à análise das diferenças entre os participantes do género masculino e do género feminino, relativamente à autoestima, coping resiliente e ao afeto (negativo e positivo), como é possível observar na Tabela 5, existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do género masculino e do género feminino, relativamente à autoestima ( $t(1418) = 2.007, p = .045$ ), coping resiliente ( $t(1453) = 3.947, p = .000$ ) e ao afeto negativo ( $t(1446) = -3.752, p = .000$ ). Ainda assim, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do género masculino e do género feminino, relativamente ao afeto positivo ( $t(1444) = 1.709, p = .088$ ). Os participantes do género masculino e feminino apresentam níveis semelhantes de afeto positivo. Nas escalas autoestima e coping resiliente foram os elementos do género masculino que revelaram níveis mais elevados. Neste seguimento, são os sujeitos do género feminino que demonstram maiores níveis de afeto negativo.

**Tabela 4**

*Diferenças nos resultados das 3 escalas em função do género*

	Género	Média (desvio-padrão)	t	P
Autoestima	Maculino (n=614)	33.07 (4.99)	2.007	.045
	Feminino (n=806)	32.54 (4.85)		
Coping resiliente	Maculino (n=627)	14.97 (3.53)	3.947	.000
	Feminino (n=828)	14.21 (3.66)		
Afeto positivo	Maculino (n=624)	18.91 (3.82)	1.709	.088
	Feminino (n=822)	18.56 (3.87)		
Afeto negativo	Maculino (n=627)	9.46 (3.90)	-3.752	.000
	Feminino (n=821)	10.25 (3.95)		

Relativamente a possíveis diferenças entre os indivíduos na idade adulta inicial (22-44 anos), adultez intermédia (45-64 anos) e velhice (mais 65 anos), quanto à autoestima, ao coping resiliente e ao afeto (negativo e positivo), os resultados indicam diferenças significativas entre os participantes mais novos e os participantes mais velhos quanto à autoestima ( $F = 35.15, p = .000$ ), ao coping resiliente ( $F = 21.16, p = .000$ ), ao afeto positivo ( $F = 73.61, p = .000$ ) e ao afeto negativo ( $F = 27.10, p = .000$ ). Como já referido, recorreu-se ao teste de Gabriel, para se averiguar entre que grupos existem diferenças estatisticamente significativas. Desta forma, verifica-se que existem diferenças significativas entre todas as

escalas comparativamente com as idades, menos na escala do afeto negativo, onde não existe diferenças estatisticamente significativas entre os que têm mais de 65 anos e os de idade intermédia (45 e 64 anos), ( $p = .684$ ). Verificando a análise estatística, pode-se apurar que, são os sujeitos com idade intermédia que possuem níveis mais elevados de auto estima ( $\bar{x}=34.37$ ), coping resiliente ( $\bar{x}=15.41$ ) e afeto positivo ( $\bar{x}=19.64$ ) comparativamente com os restantes. No entanto, relativamente ao afeto negativo são os sujeitos de idade inicial que revelam maiores níveis ( $\bar{x}=10.57$ ).

Tabela 5

*Diferenças nos resultados das 3 escalas do em função da variável Idade*

	Idade	Média (desvio-padrão)	F	P
Autoestima	Idade adulta inicial (n=806)	32.37 (5.10)	35.15	.000
	Aduldez intermédia (n=393)	34.37 (4.27)		
	Velhice (n=224)	31.30 (4.55)		
Coping resiliente	Idade adulta inicial (n=818)	14.38 (3.77)	21.16	.000
	Aduldez intermédia (n=401)	15.41 (3.47)		
	Velhice (n=238)	13.58 (3.73)		
Afeto positivo	Idade adulta inicial (n=809)	19.00 (3.57)	73.61	.000
	Aduldez intermédia (n=404)	19.64 (3.47)		
	Velhice (n=236)	16.14 (4.27)		
Afeto negativo	Idade adulta inicial (n=811)	10.57 (4.10)	27.10	.000
	Aduldez intermédia (n=401)	9.19 (3.56)		
	Velhice (n=239)	8.88 (3.61)		

Quanto às possíveis desigualdades existentes entre o estado civil dos diversos participantes, quanto à autoestima, ao coping resiliente e ao afeto (negativo e positivo), através da análise estatística apresentada na tabela 6 conclui-se que são apresentadas diferenças significativas entre o estado civil e a as escalas. Quanto à autoestima ( $F = 3.67$ ,  $p = .000$ ), ao coping resiliente ( $F = 9.94$ ,  $p = .000$ ), ao afeto positivo ( $F = 26.63$ ,  $p = .000$ ) e ao afeto negativo ( $F = 6.66$ ,  $p = .000$ ). Através do teste de Gabriel verificou-se que existe diferenças estatisticamente significativas na escala da autoestima, entre os sujeitos casados e solteiros ( $p = .000$ ); entre os que vivem em união de facto e os solteiros ( $p = .014$ ); entre viúvos e os solteiros ( $p = .001$ ), os casados ( $p = .000$ ), os que vivem em união de facto ( $p = .000$ ), os divorciados/separados ( $p = .000$ ) e os que têm um compromisso afetivo com alguém significativo ( $p = .008$ ); entre os que têm um compromisso afetivo com alguém significativo e os casados ( $p = .034$ ) e os viúvos ( $p = .008$ ); e entre os divorciados/separados e os viúvos ( $p = .000$ ). Ainda se constataram diferenças estatisticamente significativas na escala do coping resiliente, comparativamente entre casados e solteiros ( $p = .012$ ); entre viúvos e união de facto ( $p = .000$ ), casados ( $p = .000$ ) e solteiros ( $p = .000$ ); entre quem tem um compromisso

afetivo com alguém significativo e viúvos ( $p = .000$ ); por fim entre divorciados/separados e viúvos ( $p = .000$ ). No que diz respeito à escala do afeto positivo, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nos sujeitos casados e solteiros ( $p = .007$ ); entre viúvos e união de facto ( $p = .000$ ), casados ( $p = .000$ ) e solteiros ( $p = .000$ ); entre quem tem um compromisso afetivo com alguém significativo e viúvos ( $p = .000$ ); por fim entre divorciados/separados e viúvos ( $p = .000$ ). Ao nível da escala do afeto negativo, apenas é denotada uma diferença significativa entre casados e solteiros ( $p = .000$ ). Tendo em contas as diferenças encontradas, pode-se dizer que os sujeitos casados têm mais autoestima ( $\bar{x}=33.66$ ) que os solteiros ( $\bar{x}=31.92$ ); os solteiros ( $\bar{x}=31.92$ ), os casados ( $\bar{x}=33.66$ ), os que se encontram em união de facto ( $\bar{x}=33.50$ ) e os divorciados/separados ( $\bar{x}=32.81$ ) apresentam também maiores níveis de autoestima que os viúvos ( $\bar{x}=29.72$ ) e por fim, os indivíduos que mantêm um compromisso afetivo com alguém significativo ( $\bar{x}=32.24$ ) têm menores níveis de autoestima que os casados ( $\bar{x}=33.66$ ). No coping resiliente, são os sujeitos casados ( $\bar{x}=14.93$ ) que apresentam maiores níveis quando confrontados com os solteiros ( $\bar{x}=14.17$ ) por último, os viúvos ( $\bar{x}=12.26$ ) são os que apresentam níveis mais baixos de coping resiliente, quando comparados com todos os restantes estados civis avaliados. No afeto positivo, são os sujeitos que se encontram em união de facto ( $\bar{x}=19.86$ ) que apresentam maiores níveis quando confrontados com o grupo de solteiros ( $\bar{x}=18.59$ ), por fim, os viúvos ( $\bar{x}=14.49$ ) revelam níveis bastante inferiores de afeto positivo aos apresentados pelos restantes estados civis. Assim, no afeto negativo é denotada uma diferença significativa que aponta para o facto de os solteiros ( $\bar{x}=10.69$ ) apresentarem maiores níveis de afeto negativo, com relação aos casados ( $\bar{x}=9.31$ ).

**Tabela 6**

*Diferenças nos resultados das 3 escalas em função da variável estado civil*

	Idade	Média (desvio-padrão)	F	P
Autoestima	Solteiro (n=411)	31.92 (5.14)	13.67	.000
	Casado (n=586)	33.66 (4.52)		
	União de facto (n=122)	33.50 (4.86)		
	Viúvo (n=82)	29.79 (4.87)		
	Compromisso afetivo com alguém significativo (n=109)	32.24 (5.08)		
	Divorciado/separado (n=107)	32.81 (4.68)		
Coping resiliente	Solteiro (n=419)	14.17 (3.61)	9.94	.000
	Casado (n=603)	14.93 (3.50)		
	União de facto (n=121)	15.02 (3.78)		
	Viúvo (n=84)	12.26 (3.74)		
	Compromisso afetivo com alguém significativo (n=110)	14.55 (3.41)		

	Divorciado/separado (n=115)	14.95 (3.51)		
	Solteiro (n=417)	18.59 (3.61)		
	Casado (n=595)	19.14 (3.72)		
	União de facto (n=121)	19.86 (3.62)		
Afeto positivo	Viúvo (n=85)	14.49 (4.17)	26.63	.000
	Compromisso afeitvo com alguém significativo (n=111)	18.84 (3.57)		
	Divorciado/separado (n=114)	18.92 (3.42)		
	Solteiro (n=416)	10.69 (4.29)		
	Casado (n=600)	9.31 (3.64)		
	União de facto (n=124)	9.64 (3.36)		
Afeto negativo	Viúvo (n=84)	9.82 (4.12)	6.66	.000
	Compromisso afeitvo com alguém significativo (n=109)	10.28 (4.12)		
	Divorciado/separado (n=112)	10.32 (4.09)		

Ao averiguar-se se existem diferenças entre os indivíduos de acordo com a sua habilitação, em relação à autoestima, ao coping resiliente e ao afeto (negativo e positivo), os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e a escalas avaliadas, assim, quanto à autoestima ( $F = 12.96$ ,  $p = .000$ ), ao coping resiliente ( $F = 13.47$ ,  $p = .000$ ), ao afeto positivo ( $F = 40.30$ ,  $p = .000$ ) e ao afeto negativo ( $F = 2.26$ ,  $p = .035$ ). De acordo com, o teste de Gabriel verificou-se que existe diferenças estatisticamente significativas na escala da autoestima, entre os sujeitos que têm licenciatura/bacharelato e o 4º ano de escolaridade ( $p = .000$ ); pós-graduação/mestrado e o 4º ano de escolaridade ( $p = .000$ ), 6º ano ( $p = .043$ ), 9º ano ( $p = .027$ ) e o 12ºano ( $p = .034$ ) e também os que têm um doutoramento/pós-doutoramento com todas as outra habilitações inferiores a esta. Na escala do coping resiliente verifica-se diferenças significativas entre os sujeitos que possuem o 12º ano e o 4º ano ( $p = .004$ ); entre os que têm licenciatura/bacharelato e o 4º ano ( $p = .000$ ); entre os que têm uma pós-graduação/mestrado e o 4º ano ( $p = .000$ ), 6º ano ( $p = .028$ ) e o 9º ano ( $p = .006$ ); entre os que possuem um doutoramento/pós-graduação e os que têm o 4º ano ( $p = .000$ ), 6º ano ( $p = .002$ ), 9º ano ( $p = .000$ ), 12º ano ( $p = .000$ ) e licenciatura/bacharelato ( $p = .001$ ). Na escala do afeto positivo observou-se diferenças significativas em todas as variáveis relativas às habilitações literárias, exceto entre o 6º ano e o 4º ano ( $p = 1.000$ ); entre o 12º ano e o 9º ano ( $p = .787$ ); entre licenciatura/bacharelato e o 12º ano ( $p = .269$ ) e entre pós-graduação/mestrado e a licenciatura/bacharelato ( $p = .275$ ). Na escala do afeto negativo apenas foi encontrado 1 diferença significativa entre os indivíduos que tem um doutoramento/pós-doutoramento e uma licenciatura/bacharelato ( $p = .031$ ). Investigando a análise estatística, pode-se constatar que os sujeitos que têm uma licenciatura/bacharelato

apresentam maiores níveis de autoestima do que os que têm o 4ºano; os indivíduos que possuem pós-graduação/mestrado também apresentam maiores níveis de autoestima que os que têm o 4ºano, 6ºano, 9º ano e 12º ano, para concluir, os maiores níveis de autoestima são revelados pelos sujeitos doutorados. No coping resiliente, os sujeitos que têm o 12º ano e a licenciatura têm maiores níveis de coping, quando comparados com os indivíduos que têm o 4º ano; os sujeitos com uma pós-graduação demonstram maiores níveis de coping relativamente aos que têm o 4º, 6º e 9º ano, por fim, os doutorados revelam maiores níveis que os de 4º, 6º, 9º, 12º e licenciatura. No que diz respeito ao afeto positivo, os sujeitos que têm o 9º ano têm níveis mais elevados de afeto positivo, comparativamente com os do 4º ano; os que têm o 12º ano têm mais afeto positivo do que os do 4º ano; os que têm licenciatura apresentam níveis superiores relativamente com o 4º e 9º ano; os sujeitos pós-graduados/mestres apresentam valores superiores aos 4º, 6º, 9 e 12º ano, por último, os participantes que têm um doutoramento são os que apresentam maiores níveis de afeto positivo, comparativamente com os restantes. No afeto negativo apenas se verificou que os indivíduos licenciados demonstram maiores níveis de afeto negativo que os doutorandos.

**Tabela 7**

*Diferenças nos resultados das 3 escalas em função da variável habilitações literárias*

	Idade	Média (desvio-padrão)	F	P
Autoestima	4º ano (n=81)	30.00 (4.03)	12.96	.000
	6º ano (n=17)	30.29 (4.44)		
	9º ano (n=52)	31.29 (3.70)		
	12º ano (n=139)	31.90 (4.99)		
	Licenciatura/bacharelato (n=431)	32.56 (4.91)		
	Pós-graduação/Mestrado (n=499)	33.28 (4.87)		
	Doutoramento/Pós-doutoramento (n=176)	34.72 (4.49)		
Coping resiliente	4º ano (n=84)	12.20 (3.49)	13.47	.000
	6º ano (n=18)	12.72 (4.24)		
	9º ano (n=53)	13.32 (3.03)		
	12º ano (n=143)	13.99 (3.69)		
	Licenciatura/bacharelato (n=437)	14.55 (3.55)		
	Pós-graduação/Mestrado (n=509)	14.96 (3.50)		
	Doutoramento/Pós-doutoramento (n=183)	15.77 (3.42)		
Afeto positivo	4º ano (n=84)	14.38 (3.95)	40.30	.000
	6º ano (n=17)	14.06 (4.34)		
	9º ano (n=53)	17.06 (3.66)		
	12º ano (n=143)	18.05 (3.91)		
	Licenciatura/bacharelato (n=434)	18.85 (3.51)		

	Pós-graduação/Mestrado (n=506)	19.41 (3.45)		
	Doutoramento/Pós-doutoramento (n=182)	20.53 (3.06)		
	4º ano (n=84)	9.29 (4.03)		
	6º ano (n=17)	9.35 (3.30)		
	9º ano (n=54)	10.02 (3.77)		
Afeto negativo	12º ano (n=144)	10.28 (3.92)	2.26	.035
	Licenciatura/bacharelato (n=429)	10.24 (4.13)		
	Pós-graduação/Mestrado (n=511)	9.89 (3.82)		
	Doutoramento/Pós-doutoramento (n=182)	9.16 (3.68)		

Quando se analisa se a autoestima, o coping resiliente e o afeto (negativo e positivo) é influenciado pela nacionalidade de cada sujeito, ao debruçarmo-nos na análise da Tabela 8, pode-se constatar que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a nacionalidade e as escalas de autoestima ( $F = 20.17$ ,  $p = .000$ ), de coping resiliente ( $F = 17.79$ ,  $p = .000$ ) e de afeto positivo ( $F = 25.51$ ,  $p = .000$ ). Todavia, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a nacionalidade e o afeto negativo ( $F = 0.21$ ,  $p = .891$ ). Com a realização do teste de Gabriel verificou-se que existe diferenças estatisticamente significativas na escala da autoestima, entre a nacionalidade brasileira e a portuguesa ( $p = .000$ ). Na escala do coping resiliente verificaram-se igualmente diferenças significativas ao nível da nacionalidade brasileira comparativamente com a portuguesa ( $p = .000$ ). Por fim, também na escala do afeto positivo ao semelhante das já referidas, foram encontradas diferenças entre as mesmas nacionalidades ( $p = .000$ ). Verificando a análise estatística, pode-se referir que os sujeitos de nacionalidade brasileira apresentam maiores níveis de autoestima, coping resiliente e afeto positivo, comparativamente com os portugueses.

Tabela 8

***Diferenças nos resultados das 3 escalas em função da variável nacionalidade***

	Idade	Média (desvio-padrão)	F	P
Autoestima	Portuguesa (n=695)	31.75 (4.85)	20.17	.000
	Brasileira (n=694)	33.75 (4.80)		
	Dupla (n=9)	32.78 (3.90)		
	Outra (n=7)	34.29 (4.19)		
Coping resiliente	Portuguesa (n=709)	13.87 (3.63)	17.79	.000
	Brasileira (n=713)	15.18 (3.48)		
	Dupla (n=10)	14.90 (4.51)		
	Outra (n=7)	17.57 (2.07)		
Afeto positivo	Portuguesa (n=705)	17.84 (3.99)	25.51	.000
	Brasileira (n=710)	19.57 (3.51)		

	Dupla (n=10)	19.10 (3.63)		
	Outra (n=6)	20.33 (4.23)		
	Portuguesa (n=702)	9.89 (3.96)		
Afeto negativo	Brasileira (n=714)	9.90 (3.95)	0.21	.891
	Dupla (n=10)	10.80 (2.57)		
	Outra (n=7)	9.43 (2.51)		

Quando se analisa se o local de residência influencia a autoestima, o coping resiliente e o afeto (negativo e positivo) de cada participante, através da análise estatística apresentada na tabela 9 conclui-se que existem diferenças significativas nas escalas de autoestima ( $F = 10.41, p = .000$ ), de coping resiliente ( $F = 7.98, p = .000$ ) e de afeto positivo ( $F = 15.76, p = .000$ ). Porém, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em comparação ao nível do afeto negativo ( $F = 1.16, p = .325$ ). Após a realização do teste de Gabriel verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas escalas da autoestima, coping resiliente e afeto positivo, comparativamente entre os sujeitos que vivem numa cidade pequena com os que vivem no meio rural pequeno ( $p = .000$ ) e os que vivem numa cidade grande e os que vivem num meio rural pequeno ( $p = .000$ ). Após a observação das tabelas anteriormente descritas, observou-se que, os sujeitos que vivem numa cidade pequena ou numa cidade grande apresentam mais autoestima, coping resiliente e afeto positivo em confrontação com os que vivem num meio rural pequeno e os sujeitos que vivem numa cidade grande apresentam também níveis superiores de afeto positivo do que os que vivem num meio rural grande.

**Tabela 9**

*Diferenças nos resultados das 3 escalas em função da variável local de residência*

	Idade	Média (desvio-padrão)	F	P
Autoestima	Meio rural pequeno (n=112)	30.60 (4.36)	10.41	.000
	Meio rural grande (n=65)	32.29 (4.72)		
	Cidade pequena (n=496)	32.83 (4.99)		
	Cidade grande (n=652)	33.34 (4.91)		
Coping resiliente	Meio rural pequeno (n=114)	13.23 (3.77)	7.98	.000
	Meio rural grande (n=63)	14.02 (3.33)		
	Cidade pequena (n=508)	14.70 (3.68)		
	Cidade grande (n=668)	14.92 (3.49)		
Afeto positivo	Meio rural pequeno (n=115)	17.10 (3.86)	15.76	.000
	Meio rural grande (n=62)	17.95 (3.87)		
	Cidade pequena (n=500)	18.96 (3.76)		
	Cidade grande (n=666)	19.45 (3.45)		

	Meio rural pequeno (n=114)	10.47 (3.81)		
Afeto negativo	Meio rural grande (n=64)	9.80 (3.88)	1.16	.325
	Cidade pequena (n=499)	9.80 (3.85)		
	Cidade grande (n=668)	10.10 (4.08)		

Por fim, relativamente à análise da associação entre as dimensões das escalas, apresentada na Tabela 10, pode-se constatar que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as escalas da autoestima, do coping resiliente e do afeto (negativo e positivo). Desta forma, destaca-se uma correlação negativa moderada entre o coping resiliente e a autoestima ( $r_s = -.536$ ). Foram também encontradas correlações positivas, consideradas moderadas, entre o afeto positivo e a autoestima ( $r_s = .588$ ) e o afeto positivo e o coping resiliente ( $r_s = .587$ ). Por sua vez, evidenciou-se também uma correlação negativa moderada entre o afeto negativo e a autoestima ( $r_s = -.501$ ). Demonstrou-se ainda uma correlação negativa, considerada fraca, entre o afeto negativo e o coping resiliente ( $r_s = -.338$ ) e o afeto negativo e o afeto positivo ( $r_s = -.205$ ). Assim, pode-se concluir que quanto menor são as estratégias de coping menor é a autoestima. Por sua vez, quanto maior é o afeto positivo maior é a autoestima e o coping resiliente. Por fim, também se pode aferir que quanto menor é o afeto negativo, menor é a autoestima, o coping resiliente e por ultimo o afeto positivo.

**Tabela 10**

***Correlações entre as escalas utilizadas (Coeficiente de correlação de Spearman) (N=1488)***

	1	2	3	4
1. Autoestima	--			
2. Coping resiliente	-.536**	--		
3. Afeto positivo	.588**	.587**	--	
4. Afeto negativo	-.501**	-.338**	-.205**	--

# Capítulo 4 - Discussão dos resultados / Conclusões

A presente investigação objetivou descrever as diferenças na idade adulta inicial, adultez intermédia e velhice ao nível da autoestima, do coping resiliente, e do afeto positivo e negativo. Pretende a partir da análise dos resultados, contribuir, futuramente, para o desenho de projetos de intervenção que possam ser promotores de autoestima, coping resiliente, e afetos positivos na adultez e velhice. Para tal, após uma revisão da literatura, formularam-se objetivos, que contêm variáveis como o género, a idade, a escolaridade, nacionalidade, local de residência e estado civil, onde são analisados comparativamente com as variáveis da autoestima, coping resiliente, afeto positivo e afeto negativo, enfatizando a relação entre as escalas utilizadas. Assim, pretende-se neste capítulo, fundamentar os dados obtidos na presente investigação com alguma literatura existente sobre o mesmo tema.

Relativamente à composição da nossa amostra, os resultados indicam que a maioria dos sujeitos são do género feminino (56,6%), tendo apenas (43,2%) de sujeitos do género masculino e com idades compreendidas entre os 22 anos e 97 anos. Apesar destes dados serem referentes ao longo do ciclo de vida, esta é uma realidade que cada vez se presencia mais, na medida em que constitui uma das consequências mais evidentes do envelhecimento. Na velhice, o género feminino continua a prevalecer, possuindo uma maior esperança média de vida quando comparado com o género masculino (Rosa, 2012), acabando por serem as mulheres a terem uma maior probabilidade de ficarem sozinhas, nomeadamente viúvas, aumentando o risco de precisarem de apoio de terceiros, colocando em risco a saúde mental e física (Amarante, 2007; Pavan, Meneghel & Junges, 2008).

Relativamente ao coping resiliente, os resultados indicam que foram os elementos do género masculino que revelaram níveis mais elevados quando comparados com as mulheres. Uma vez que o suporte social representa um dos fatores protetores que contribui para o aumento do coping resiliente nas pessoas, pode-se dizer que o resultado encontrado no nosso estudo corrobora o estudo realizado por Seiffge-Krenke (1995) que refere que a procura de suporte social é uma estratégia que é utilizada por ambos os sexos. No entanto, o suporte social, enquanto estratégia de resiliência é utilizada de uma forma diferente por ambos os géneros (Seiffge-Krenke, 1995). As mulheres tendem a recorrer logo ao suporte dos outros quando confrontadas por uma situação difícil, enquanto os homens primeiramente tentam resolver os problemas sozinhos, recorrendo posteriormente aos outros, (Seiffge-Krenke, 1995) por este motivo, pode-se dizer que os nossos resultados corroboram o que acabou de se referir dado que, se os homens tentam primeiro resolver os seus problemas em vez de

recorrerem logo a outras pessoas, isso acaba por aumentar os seus níveis de coping resiliente, ao contrário das mulheres que perante uma adversidade recorrem logo a outras pessoas. Assim, segundo Tam e Lim (2010) uma explicação para tal deve-se ao facto de as mulheres serem mais emocionais do que os homens, sendo capazes de partilhar prontamente os seus sentimentos e emoções com os outros. Contrariamente ao nosso estudo Borges, Manso, Tomé e Matos (2008), constatam que são os indivíduos do género feminino que utilizam mais estratégias de coping quando comparadas com sujeitos do género masculino. No mesmo seguimento Lima (2007), observou diferenças significativas entre os géneros, observando-se que o género feminino apresentou um nível de resiliência superior em relação aos participantes do género masculino o que de igual forma se encontra em oposição ao nosso estudo, onde como já foi referido são os elementos do género masculino que apresentam níveis mais elevados de coping resiliente. Os estudos com os quais se compararam os resultados desta investigação nenhum deles avalia especificamente o coping resiliente o que é uma limitação na leitura das comparações efectuadas, no entanto, pareceu-nos pertinente efetuar esta ligação dado que se trata igualmente de conceito explorados ao longo da revisão da literatura.

No presente estudo, as conclusões indicam que são os indivíduos de idade intermédia que apresentam os níveis mais elevados de coping resiliente, quando comparados com os de idade inicial e com os sujeitos com mais de 65 anos. Contrariamente a estes resultados, um estudo realizado por Borges, Manso, Tomé e Matos (2008), indicaram que os são os jovens mais velhos que utilizam mais estratégias de coping quando comparados com os jovens mais novos. Ramos (2001) considera que o stresse pode ser influenciado pelo género e idade dos sujeitos, sendo que, são os indivíduos mais novos quem apresenta maior propensão para percecionar situações de stresse em comparação com os mais velhos. Segundo este autor, esta situação deve-se ao facto de os sujeitos mais velhos possuírem uma maior experiência de vida e competências adquiridas. No entanto, à medida que aumenta a idade, aumenta a vulnerabilidade e as complicações de saúde (Ramos, 2001). Este resultado vai ao encontro do estudo de Seabra (2008), que demonstra que a idade é uma variável individual que influencia a perceção do stresse de cada sujeito, dos fatores do stresse e do tipo de estratégias de coping utilizadas para lidar com situações adversas.

Os resultados deste estudo indicam que há diferenças no que concerne ao coping resiliente entre pessoas com diferentes estados civis. Este resultado corrobora o estudo realizado por Lever e Valdez (2010), onde são obtidas diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a resiliência, pois as pessoas casadas sentem uma maior força interior, mais confiança em si mesmos, são mais flexíveis e menos afetados com as mudanças inesperadas de acontecimentos significativos. Este resultado poderá estar relacionado com o facto de sentirem mais apoio e companheirismo por parte da outra pessoa.

No presente estudo foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e o coping resiliente. Verificou-se que os sujeitos que têm maiores habilitações literárias possuem maiores níveis de coping resiliente. Num estudo realizado por Dixe, Custódio, Catarino, Ventura, Loreto, Carrasqueira e Nóbrega (2010), concluiu-se que os sujeitos que frequentam o ensino superior apresentam maiores níveis de resiliência.

Relativamente à nacionalidade, observou-se que são os sujeitos de nacionalidade brasileira que apresentam maiores níveis de coping resiliente comparativamente com os portugueses. Confrontando estes dados com a literatura existente, torna-se relevante mencionar que através de um estudo realizado por Semedo (2016), na comparação entre os sujeitos de nacionalidade Brasileira e os Cabo-Verdianos, os resultados evidenciaram que os Brasileiros utilizam mais estratégias de coping. Este facto poderá advir da influência de fatores culturais e educacionais, visto que os Brasileiros têm uma cultura diferente.

No que concerne à autoestima, os resultados indicam que foram os elementos do género masculino que revelaram níveis mais elevados, o que corrobora, por exemplo, o estudo realizado por Rosenberg (1989), onde se revela serem os homens quem tem maiores níveis de autoestima. Num estudo realizado por Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling e Potter (2002), pretendeu-se verificar qual a influência da autoestima em sujeitos dos 9 aos 90 anos e como variava em função do sexo, nacionalidade, estatuto sócioeconómico e etnia. Um dos principais resultados demonstraram que os homens tinham uma autoestima mais elevada comparativamente com as mulheres. O mesmo autor refere ainda que a autoestima subia aos 50-60 anos mas depois declinava fortemente dos 60 aos 80 anos, sendo que, aos 80 anos, os níveis eram semelhantes aos encontrados durante a adolescência, assim seria, elevada na infância, decresce na adolescência, cresce gradualmente na vida adulta e declina fortemente na velhice.

Ainda relativamente à autoestima, segundo Arreigadas e Salas (2009), esta apresenta-se como um bom preditor de saúde funcionando como um fator protetor a nível cognitivo, emocional e físico, que segundo Matad (2004) de um modo geral quando se encontra comprometido pode afetar todas as áreas de vida. Os resultados deste estudo indicam diferenças significativas entre a autoestima e as idades, sendo os indivíduos de idade adulta intermédia os que apresentam níveis mais elevados. Estes dados apresentam-se não coincidem com os resultados encontrados por Miranda (2005) que revelam uma diminuição dos níveis de autoestima durante a idade adulta intermédia e velhice. No entanto, os nossos resultados estão de acordo com um estudo realizado por Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling & Potter (2002), onde a autoestima se revela mais elevada durante a idade adulta diminuindo acentuadamente na velhice. Ainda um estudo realizado por Diehl e Hay (2010), que envolveu pessoas jovens, de meia-idade e idosos, durante 30 dias sucessivos, onde o principal objetivo passava por estudarem a relação entre a idade, o autoconceito percebido, o stresse, o seu

autocontrolo e a variabilidade nos efeitos negativos diariamente, demonstrou que os fatores de risco e a resiliência influenciam o bem-estar de um modo complexo e geral. Sendo que, os indivíduos mais jovens têm a sua autoestima mais fraca, mais incoerente, apresentando uma maior instabilidade emocional.

Os nossos resultados indicam ainda diferenças na autoestima de sujeitos com diferentes estados civis, sendo os casados os que apresentam níveis mais altos comparativamente aos viúvos. Estes resultados corroboram informações encontradas na literatura, visto que, segundo Orellana (1989) os casados procuram e encontram no outro segurança, cooperação, compreensão e afeto, partilhando os desafios que surgem, os problemas, alegrias e conquistas.

Por fim, quanto aos afetos, os resultados indicam que, relativamente à análise das diferenças entre os participantes do género masculino e do género feminino, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao afeto negativo. Os resultados indicam que são os indivíduos do género feminino que apresentam os níveis mais elevados de afeto negativo, o que corrobora os resultados de Nolen-Hoeksema (2004), que no seu estudo também referem que existem diferenças significativas em relação ao afeto, apontando que as mulheres por sua vez apresentam maiores níveis de depressão, ansiedade e pensamentos ruminativos quando comparados com os homens. Segundo Zanon, Bastienello, Pacico e Hutz (2013), este resultado deve-se ao facto de as mulheres vivenciarem emoções negativas como a irritação, preocupação e raiva. No que concerne ao afeto positivo, os participantes do género masculino e feminino apresentam níveis semelhantes.

Relativamente à avaliação do afecto negativo e positivo e comparação dos resultados na adultez e velhice, os resultados indicam que são os indivíduos na adultez intermédia que apresentam níveis mais elevados de afeto positivo, pelo contrário, os resultados indicaram que ao nível do afeto negativo os níveis mais elevados pertencem aos participantes na idade adulta inicial. Segundo Zanon, Bastienello, Pacico e Hutz (2013) o facto de serem os adultos na idade inicial a apresentarem maiores níveis de afeto negativo pode ocorrer possivelmente porque ainda não possuem objetivos de vida concretos, encontrando-se ainda no início de carreira, apresentando mais emoções negativas quando comparadas com outras idades. Os mesmos autores sugerem ainda que pessoas que exibem altos níveis de afetos negativos tendem a ser mais insatisfeitos com a vida, apresentando expectativas mais negativas em relação ao futuro. Nesta linha, os resultados encontrados sugerem a importância de se promoverem mais afetos positivos nas fases da idade adulta inicial como potencial estratégia de promover uma maior satisfação com a vida nestes sujeitos.

Ryff (1989) destaca o facto de o equilíbrio entre o afeto positivo e negativo aumentar à medida que as pessoas envelhecem, sendo que, seriam as pessoas de meia-idade e as idosas as mais felizes comparativamente com os jovens, os nossos resultados não vão nesta linha,

dado que foi possível verificar que são as pessoas com mais de 65 anos que apresentaram níveis mais baixos de afeto positivo, no entanto, as pessoas de idade adulta intermédias foram as que revelaram os níveis mais elevados. Noutro estudo realizados por Rossi e Rossi (1990), com uma população de idades compreendidas entre os 19 e os 92 anos, constatou-se que tanto os afetos positivos como os negativos diminuem consoante o aumento da idade, sendo que, o declínio ocorre na variável do afeto negativo com maior frequência. Estes estudos vão ao encontro do nosso, dado que também ao nível do afeto negativo se verificou uma diminuição nesta escala consoante o aumento da idade. Neste seguimento, também Diener, Sandvik e Larsen (1985), observaram que os indivíduos de maior idade eram os que apresentavam os afetos em menor intensidade o que de igual forma corrobora os nossos resultados, onde foram os indivíduos com mais de 65 anos que apresentaram menores níveis tanto de afeto positivo como de afeto negativo. Contrariamente a este estudo e aos nossos resultados, Diehl e Hay (2001) no seu estudo referem que as pessoas de idades mais avançadas são as que experimentam menos emoções negativas (afeto negativo) em comparação com os jovens, demonstrando uma regulação emocional mais efetiva.

Em relação ao local de residência, através da nossa investigação observou-se que os sujeitos que vivem numa cidade pequena ou numa cidade grande apresentam mais autoestima, coping resiliente e afeto positivo em comparação com os que vivem num meio rural pequeno e os sujeitos que vivem numa cidade grande apresentam também níveis superiores de afeto positivo comparativamente com os que vivem num meio rural grande. Estes resultados podem relacionar-se com os resultados de Souza (2009) que, apesar de se encontrar numa amostra com características diferentes, em sujeitos doentes, analisam esta variável e constatam que os indivíduos provenientes do meio rural ostentam níveis superiores de resiliência comparativamente com os sujeitos que vivem em meios urbanos. Uma possível explicação do autor para estes resultados é o facto do meio rural tender a ter uma vida mais pacata e facilitar a superação de obstáculos, construindo um conjunto de habilidades e competências individuais, para ultrapassar situações adversas (Souza, 2009).

No que concerne à correlação entre as escalas utilizadas, os resultados indicam que quanto menor são as estratégias de coping menor é a autoestima. Os resultados indicam ainda que quanto maior é o afeto positivo maior é a autoestima e o coping resiliente. Por fim, também se pode aferir que quanto menor é o afeto negativo, menor é a autoestima, o coping resiliente e por último o afeto positivo. Este resultado não seria o esperado, visto que, quanto maior seria o afeto negativo, menor a autoestima e o coping resiliente

Relativamente ao resultado sobre o coping resiliente, os resultados podem relacionar-se com o constatado por Hiew, Mori, Shimizu e Tominaga (2000) que indica que a resiliência reduz a intensidade do stresse e produz a diminuição de sinais emocionais negativos (afetos negativos) como a ansiedade, a depressão ou a raiva, ao mesmo tempo que aumenta a curiosidade e a saúde emocional.

Quanto aos resultados da correlação entre o coping resiliente e a autoestima Anaut (2005) menciona a importância da existência de uma elevada autoestima nos indivíduos resilientes. Segundo a autora, um sujeito resiliente tende a considerar os aspetos positivos das adversidades com que se confronta, bem como, ter certezas que possui capacidades para ultrapassar a maior parte dos problemas (Anaut, 2005). As estratégias de coping utilizadas pelos sujeitos criam alternativas emocionais, cognitivas e comportamentais, ajudando os indivíduos a lidar de uma forma mais adequada e flexível, com as pressões dos contextos onde estão inseridos, prevenindo as ameaças à autoestima, assim, quanto mais estratégias de coping a pessoa tiver mais elevada será a sua autoestima (Faria, 2002).

Em relação à análise da correlação positiva entre autoestima e afecto positivo observada neste estudo, os resultados corroboram os obtidos por Diener, Oishi e Lucas (2003) que refere, que quanto maior a autoestima, maior é a satisfação com a vida e a afetividade positiva, verificando-se por isso uma relação positiva.

Assim, conclui-se que quanto maiores os níveis de estratégias de coping resiliente, maiores serão os níveis de autoestima e consequentemente maiores os níveis de afecto positivo.

Continuamente à apresentação e discussão dos resultados, onde os dados foram comparados com a literatura, sucede-se de modo sucinto e claro os principais resultados obtidos com a realização da presente investigação. Referindo que o principal objetivo da presente investigação, consistia em tentar perceber qual a relação entre o coping resiliente, autoestima e afecto positivo e negativo ao longo do ciclo vital, nomeadamente, na adultez e velhice. Pretendendo averiguar a relação entre as escalas avaliadas. Desta forma, pode-se aferir de acordo os resultados que os objetivos foram alcançados. As principais conclusões obtidas na presente investigação são:

- Os participantes do género masculino e feminino apresentam níveis semelhantes de afecto positivo;
- Nas escalas da autoestima e do coping resiliente foram os elementos do género masculino que revelaram níveis mais elevados destes construtos;
- São os sujeitos do género feminino que demonstram maiores níveis de afecto negativo;
- Os sujeitos com idade intermédia possuem níveis mais elevados de auto estima, coping resiliente e afecto positivo comparativamente com os restantes;
- Na dimensão do afecto negativo são os sujeitos de idade inicial que revelam maiores níveis;
- Nos Sujeitos de idade intermédia e velhice, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na escala do afecto negativo;
- Os sujeitos casados têm mais autoestima que os solteiros; os solteiros, os casados, os que se encontram em união facto e os divorciados/separados apresentam também

maiores níveis de autoestima que os viúvos e por fim, os indivíduos que mantêm um compromisso afetivo com alguém significativo têm menores níveis de autoestima que os casados;

- No coping resiliente, são os sujeitos casados que apresentam maiores níveis quando confrontados com os solteiros e os viúvos são os que apresentam níveis mais baixos de coping resiliente, quando comparados com todos os restantes estados civis avaliados;
- No afeto positivo, são os sujeitos que se encontram em união de facto que apresentam maiores níveis quando confrontados com o grupo de solteiros, e os viúvos revelam níveis bastante inferiores de afeto positivo aos apresentados pelos restantes estados civis;
- Na dimensão do afeto negativo é denotada uma diferença significativa que aponta para o facto de os solteiros apresentarem maiores níveis de afeto negativo, com relação aos casados;
- Verificou-se que os sujeitos que têm uma licenciatura/bacharelato apresentam maiores níveis de autoestima do que os que têm o 4ºano; os indivíduos que possuem pós-graduação/mestrado também apresentam maiores níveis de autoestima do que os que têm o 4ºano, 6ºano, 9º ano e 12º ano, ainda os maiores níveis de autoestima são revelados pelos sujeitos doutorados;
- No coping resiliente, os sujeitos que têm o 12º ano e a licenciatura têm maiores níveis de coping, quando confrontados com os indivíduos que têm o 4º ano; os sujeitos com uma pós-graduação demonstram maiores níveis de coping comparativamente com os que têm o 4º, 6º e 9º ano, por fim, os doutorados revelam maiores níveis que os de 4º, 6º, 9º, 12º e licenciatura;
- Quanto ao afeto positivo, os sujeitos que têm o 9º ano têm níveis mais elevados de afeto positivo, comparativamente com os do 4º ano; os que têm o 12º ano têm mais afeto positivo do que os do 4º ano; os que têm licenciatura apresentam níveis superiores relativamente com o 4º e 9º ano; os sujeitos pós-graduados/mestres apresentam valores superiores do que os que têm o 4º, 6º, 9 e 12º ano, e os participantes que têm um doutoramento são os que apresentam maiores níveis de afeto positivo, comparativamente com os restantes;
- No afeto negativo apenas se verificou que os indivíduos licenciados demonstram maiores níveis de afeto negativo que os doutorandos;
- Verificou-se que os sujeitos de nacionalidade brasileira apresentam maiores níveis de autoestima, coping resiliente e afeto positivo, comparativamente com os portugueses;
- Os participantes que vivem numa cidade pequena ou numa cidade grande apresentam mais autoestima, coping resiliente e afeto positivo em confrontação com os que vivem num meio rural pequeno e os sujeitos que vivem numa cidade grande apresentam também níveis superiores de afeto positivo do que os que vivem num meio rural grande;

- Quanto menor são as estratégias de coping menor é a autoestima;
- Quanto maior é o afeto positivo maior é a autoestima e o coping resiliente;
- Por fim, quanto menor é o afeto negativo, menor é a autoestima, o coping resiliente e por fim o afeto positivo.

A dimensão do coping resiliente encontra-se relacionada com o desenvolvimento do sujeito ao longo de todo o ciclo vital. Ao longo do tempo vão ocorrendo mudanças biológicas e sociais que possuem uma forte influência sobre o indivíduo, com a forma que este se percebe a si próprio, aos acontecimentos significativos e à capacidade que tem para enfrentar a situação e o problema. Esta dimensão possui influência sobre as outras escalas avaliadas.

Uma vez que, os sujeitos da amostra possuem idades distintas que variam entre os 22 anos e os mais 65 anos, pode ter levado a que os resultados da investigação tenham sido díspares, devido a vários fatores, como por exemplo, a época em que nasceram, a educação que lhes foi transmitida, a situação socioeconómica, o contexto da sociedade, entre outros também por se ter tratado de uma amostra por conveniência.

Estudar o desenvolvimento humano, assim como o de outras esferas da existência, demanda pensamento holístico. A complexidade do sujeito precisa ser avaliada a partir da articulação de fatores além do psicológico, como os aspectos sociais e históricos (Lima & Coelho, 2011). É neste âmbito que surge a relevância da presente investigação, que objetivou analisar o coping resiliente, a autoestima e os afetos numa perspectiva desenvolvimental na adultez evelhice. O estudo é importante pois para elaborar uma investigação adequada, visando alcançar notáveis resultados, é indispensável primeiramente explorar todo um trabalho de investigação de cariz mais descritivo sobre todas as dimensões avaliadas ao longo do desenvolvimento do ciclo vital, para posteriormente se poder contribuir em projetos futuros.

Contudo, o facto de se tratar de um estudo transversal, implica importantes limitações na leitura dos resultados. As diferenças encontradas podem, efetivamente dever-se ao facto das pessoas se encontrarem em diferentes fases, efeitos maturacionais, ou podem dever-se a diferenças geracionais. Neste sentido, seria importante o desenho de um estudo de carácter longitudinal para a análise destas dimensionais numa perspectiva desenvolvimental, onde garantissem a recolha de informação, onde visa analisar as variações das características da amostra ao longo de um período de tempo, cuja precisão é essencial para este tipo de análise, dado que, permite-nos observar os elementos amostrais sem manipular fatores que possam alterar as variáveis de interesse e analisar a amostra ao longo do ciclo vital.

Uma potencialidade do estudo reflete-se no protocolo de investigação onde foram seleccionados e utilizados instrumentos pertinentes, sendo que todas as escalas utilizadas na

nossa investigação (Escala Breve de Coping Resiliente; Escala de Autoestima e Escala de Afecto Negativo e Positivo), foram traduzidas e adaptadas para a população portuguesa, constituindo esta investigação como mais um contributo para a sua validação. Esta investigação poderá assim servir de base a futuros estudos, uma vez que faz referência a pontos fulcrais que até aqui não têm sido muito explorados.

O tamanho da amostra também se apresenta como uma das potencialidades do nosso estudo, considera-se uma amostra bastante elevada, caracterizando a maioria da população total, expondo por isso uma diversificação e generalização dos resultados, devendo, deste modo, serem encarados como uma maneira de possuir vários resultados.

No entanto, a realização deste projeto de investigação teve algumas limitações, tais como, a escassa bibliografia acerca do tema, constatando-se uma necessidade de efectuar novas investigações, e mais aprofundadas, acerca do coping resiliente, visto que, esta dimensão surge em estudos como conceitos separados. Assim, tendo em conta os objetivos que foram propostos para esta investigação, acredita-se que os resultados encontrados no âmbito do coping resiliente, autoestima e afetos na adultez e velhice são relevantes para investigações futuras.

Para além das dificuldades já referidas, a maior de todas refere-se ao tema em si. Quando surgiu a oportunidade de explorar esta temática, o interesse surgiu instantaneamente, dado que, para além de se apresentar como um assunto bastante pertinente e atual, também a nível pessoal representa uma aprendizagem, no entanto, com o desenvolver e explorar da temática, percebeu-se que não existem muitos estudos que incluam as variáveis escolhidas para esta investigação. Efetivamente foram encontradas diversas informações sobre o coping, a resiliência, a autoestima e os afetos, no entanto, o coping resiliente enquanto conceito conjunto não se encontra ainda devidamente investigado, tal como, as diferenças entre as variáveis sociodemográficas com as escalas, como por exemplo, as habilitações literárias, a nacionalidade, o local de residência e o estado civil. Esta dificuldade pode, por outro lado, reforçar mais uma vez a pertinência deste estudo e a necessidade de futuramente se realizarem mais estudos que incluam estas variáveis, de modo a se obterem resultados mais específicos.

É importante referir que, em estudos futuros seria pertinente que a recolha de dados da amostra fosse efetuada sobre a supervisão dos investigadores, de forma a garantir que os participantes respondam a todas as questões, para que o número da amostra (n) se preservar igual em todas as variáveis.

De acordo com os resultados expostos, acredita-se que toda a elaboração desta dissertação, o investigar conhecimentos acerca de uma temática tão complexa como esta, a aprendizagem mais exigente acerca dos assuntos associadas à metodologia, isto é, a pesquisa

efetuada, a análise estatística e o consequente tratamento e discussão de dados foi bastante enriquecedor a nível académico, profissional e pessoal, dado que possibilitou não só um maior conhecimento acerca desta temática, bem como uma aprendizagem mais rigorosa acerca do procedimento de dados através do SPSS 20.

No futuro, seria importante que este estudo pudesse servir como incentivo de novas investigações relacionadas com as idades ao longo do desenvolvimento do ciclo vital, assim como, comparativamente com os fatores referidos anteriormente (educação, contexto de residência, habilitações, entre outras). Vários estudos analisam estas dimensões situando-se especificamente num fase. Os estudos em que se analisam e comparam estas dimensões em diferentes fases do ciclo vital são mais escassos. Este estudo assume uma perspectiva desenvolvimental na análise destas dimensões do coping resiliente, da autoestima e dos afetos.

De acordo com Lima e Coelho (2011), apesar de todos os traumas e dificuldades que o sujeito passa no decorrer da vida, esta pode ser vivida com intensidade e com a presença de relações sociais saudáveis, assim, o indivíduo deve manter e fortalecer essas conquistas e ir à procura de novas formas de colaborar com a arte de viver e envelhecer.

# Bibliografia

- Aldao, A., Nolen- Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Alexandre, P. (2006). *Guia prático de utilização do SPSS, análise de dados para ciências sociais e psicologia* (6ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Climepsi Editores PC.
- Antoniuzzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* 3(2), 273-294.
- Arreigada, J. B. & Salas, M. C. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación Con la autoestima y la autoeficacia. *Contribución de Enfermería. Ciencia y Enfermería*, 15(1), 25-31.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of Life-Span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology - American Psychological Association*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-80.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation*. In P. B.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-construtivism. *Research in Human Development*, 1(3), 123-144.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Revista Faculdade Letras: Sociologia*, 289-302.
- Blanchard-Fields, F., Mienaltowski, A., & Baldi, R. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: older adults select more effective strategies for

- interpersonal problems. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 61-64.
- Blanchard-Fields, F., Stein, R. & Watson, T. L. (2004). Age differences in emotion regulation strategies in handling everyday problems. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, 261-269.
- Borges, A., Manso, D., Tomé, G. & Matos, M. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4(26), 551-561.
- Branco, A. G. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.
- Bromley, D. B. (2002). Normal Ageing - *A problematical Concept*. In J. R. M. Copeland., M. T. Abou-Saleh & D. G. Blazer (Ed), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (2 ed.) (Cap. 12, pp. 65-68). West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Carstensen, L. L. (1993). *Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 151-155.
- Carstensen, L. L., Fung, H. & Charles, S. (2003). *Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life*. *Motivation and Emotion*, (27), 103-123.
- Charles, S. T., Reynolds, C. A. & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 136-151.
- Crespo-Santiago, D. & Fernández-Viadero, C. (2012). Câmbios Cerebrales en el Envejecimiento Normal y Patológico. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 12(1), 21-36.
- Dell’Aglia, D. D. (2003). O processo de coping em crianças e adolescentes: Adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia da SBP*, 11(1), 30-45.
- Diehl, M., & Hay, E. L. (2010). Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: the role of age, selfconcept incoherence, and personal control. *Developmental Psychology*, 46(5), 1132-1146.

- Diener E. & Lucas, R. E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *J. Happiness Stud.* 1, 41-78.
- Diener, E. & Lucas, R. F. (2000). *Subjective emocional wellbeing. running head: emotional well-being*. In M. Lewis & J. M. Haviland (Orgs.), *Handbook of emotions* (pp.325-337). New York: Guilford.
- Diener, E., Lucas, R. E. & Oishi, S. (2005). *Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (2nd ed.), (pp. 63-73). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Sandvik, E. & Larsen, R. J. (1985), "Age and Sex Effects for Emotional Intensity", *Developmental Psychology*, 21, 542-546.
- Diniz, E. & Koller, S. H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar*, 36, 65-76.
- Dixe, M. A., Custódio, S. M., Catarino, H., Ventura, M. C., Loreto, D. C., Carrasqueira, N. F. & Nóbrega, E. B. (2010). Competências pessoais e sociais dos estudantes do ensino superior. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 17-25.
- Dutton, K. A. & Brown, J. D. (1997). Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 139-148.
- Erber, J. T. (2013). *Aging & older adulthood* (3 ed). West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons, Inc.
- Faria, L. (2002). *A importância do auto-conceito em contexto escolar*. In C. M. Lopes Pires, P. J. Costa, S. Brites, & S. Ferreira (Orgs.), *Psicologia, sociedade & bem-estar* (pp. 87-98). Leiria: Editorial Diferença.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento uma abordagem psicológica* (2 Eds.). Lisboa: Universidade Católica Editores (Campus do Saber).

- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontes, A. (2010). Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida. *Revista Kairós*, 7, 8-20.
- Fontes, A. & Neri, A. (2015). Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495.
- Freire, T. & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista Psicologia Clínica*, 38(5), 184-8.
- Galinha, I. C., Pereira, C. R. & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo - PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal [Short-Form of the Portuguese version of the positive and negative affect schedule - PANAS-Port-VRP: Confirmatory factorial analysis and temporal invariance. *Revista Psicologia*, 28(1), 53-65.
- Gomes, R. M. & Pereira, A. M. (2008). Estratégias de Coping em educadores de infância portugueses. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 12(2), 319-326.
- Gomes, R. M. & Pereira, A. M. (2008). Estratégias de coping em educadores de infância portugueses. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12(2), 319-326.
- Guralnik, J. M. & Melzer, J. M. (2002). *Chronological and functional ageing*. In J. R. M. Copeland., M. T. Abou-Saleh & D. G. Blazer (Ed), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (2 ed.) (Cap. 13, pp. 71-73). West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabrocky, K. M., Steele, D., Matheny, K. B. & Aysan, F. (2001). Perceived Stress and Coping Resource Availability as Predictors of Life Satisfaction in Young, Middle-Aged, and Older Adults. *Experimental Aging Research*, 27(2), 181-196.
- Hiew, C. C., Mori, T., Shimizu, M. & Tominaga, M. (2000). Measurement of resilience development: Preliminary results with a state-trait resilience inventory. *Journal of Learning & Curriculum Development*, 1, 1-19.
- Jack Jr. C. (2004). *Imagiologia por ressonância magnética*. In R. C Petersen (coord.). *Défice cognitivo ligeiro: o envelhecimento e a doença de Alzheimer* (Cap. 6, pp. 105-131). Lisboa: Climepsi editores.

- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.
- Júnior, W. P. & Zanini, D. S. (2011). Estratégias de Coping de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497
- Kahana, E., & Kahana, B. (2001). Successful aging among people with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 53-56
- Krum, F. M. (2007). *O impacto e as Estratégias de Coping de Indivíduos em Comunidades Afetadas por Desastres Naturais*. Universidade Federal Rio Grande Sul.
- Larrínaga, M. A. (2008). *Psicología del desarrollo. Vejez: Aspectos biológicos y psicológicos y sociales* (2 Eds.). Argentina: Editorial Brujas.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lever, J. P. & Valdez, N. G. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Lima, A. C. (2007). Resiliência e Toxicodependência. *Psicologia*, 1-63.
- Lima, M. (2010). *Envelhecimento (s)*. Coimbra: Imprensa da universidade de Coimbra.
- Lima, P. M. & Coelho, V. L. (2011). A arte de envelhecer: um estudo exploratório sobre a história de vida e o envelhecimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 4-19.
- Lima, R. H. & Cammarota, M. P. (2012). Atualizações em memória e envelhecimento. In C. H.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequente positive affect: Does hapiness lead o sucess? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Edições.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª edição)*. Lisboa: Edições.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

- Masten, A. & Garmezy, N. (1985). *Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology*. Em B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Orgs.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 1-52). New York: Plenum.
- Matad M. (2004). Autoestima en la mujer: Un Análisis de su Relevancia en la Salud. *Psicología en la Salud*, 22, 19-140.
- Miranda C. (2005). Aproximación a un Modelo Evaluativo de la Formación Permanente del Profesorado Chileno. *Estudios Pedagógicos*, 31(2), 145-166.
- Murk, C. J. (2006). *Self-esteem research, theory and practice: Toward a positive psychology of self-esteem* (3rd. ed.). NY: Springer Publishing Company.
- Nelson, L., Padilla-Walker, L., Christensen, K., Evans, C. & Carrol, J. (2011). Parenting in Emerging Adulthood: An Examination of Parenting Clusters and Correlates. *Journal Youth Adolescence*, 40(6), 730-743.
- Neri, A. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia* 14(1), 17-34.
- Neri, A. L. (2007). *Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa*. In A. L. Néri, (Orgs), *Qualidade de vida e idade madura* (7 ed) (pp. 9-57).
- Neri, A. L. (2009). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 98-1010.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Acedido em 28/08/2016 [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
- Pallant, J. (2007). *Survival manual - A step by step guide to data analysis using SPSS* (4ed.).
- Pasqualotti, A., Barone, D. & Doll, J. (2008) *Idosos em oficinas de informática: significação da interação na era da informação*.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento e ambiente*. In Soczka L. (Orgs), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pavan, F. J., Meneghel, S. N. & Junges, J. R. (2008). Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(9), 2187-2190.

- Pechorro, P., Marôco, J., Poiães, C. & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. *Investigação Original*, 174-179.
- Petersen, R. C. (2004). *Generalidades conceptuais*. In R. C. Petersen (Coord.), Défice cognitivo ligeiro, o envelhecimento e a doença de Alzheimer (Cap.9, pp.189-202). Lisboa: Climepsi editores.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Envelhecimento Activo*. In O. Ribeiro (coord.), Manual de Envelhecimento Activo. Lisboa: Lidel.
- Roberts, J. E., Gotlib, I. H. & Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 310-320.
- Roberts, R. & Bengtson, V. (1996). Affective ties to parents in early adulthood and self-esteem across 20 years. *Social Psychology Quarterly*, 59(1), 96-106.
- Robins, R., Trzesniewski, K., Tracy, J., Gosling, S. & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17(2), 423-434.
- Rodrigues, A. B. & Chaves, E. C. (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16,24-28.
- Rootman, I., Goodstadt, M. Potvin L. & Springett, J. (2001). A Framework for Health Promotion Evaluation', in I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett and E. Ziglio (eds) *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*, Regional Publication, European Series, No. 92, pp. 45-62. Copenhagen: World Health Organization.
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image. Revised edition*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rossi, A. S. & Rossi, P. H. (1990). *Of human bonding: parente-child relations accross the life course*. New York: Aldine de Gruyter.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything o ris it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1089.

- Sansinenea, E., Montes, G, L., Aguirrezabal, A. & Garaigordobil, M. (2010). Predictores del afecto positivo: el papel de la autonomía percibida y el estilo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*. 16(1) 71-82
- Santos, P. L. (2002). *A depressão no Idoso. Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. (2 ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Seabra, A. P. (2008). *Síndrome de burnout e a depressão no contexto da saúde ocupacional*. Universidade do Porto-Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, Coping, and Relationships in Adolescence*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Semedo, M. M. (2016). *Depressão, estratégias de coping e resiliência: estudo transcultural com imigrantes cabo-verdianos e brasileiros*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa.
- Smerfield, M. R. & McCrae, R. R. (2000). Stress and coping research. Methodological challenges, theoretical advances and clinical applications. *American Psychologist*, 55(6), 620-625.
- Smith, B. W. & Zautra, A. J. (2008). The Effects of Anxiety and Depression on Weekly Pain in Women with Arthritis. *Institutes Health of National*, 138(2), 1-15
- Smith, G. E. & Ivnik, R. J. (2004). *Neuropsicologia normativa*. In R. C Petersen (coord.). Déficit cognitivo ligeiro: o envelhecimento e a doença de Alzheimer (Cap. 4, pp. 64-88). Lisboa: Climepsi editores.
- Souza, T. M. (2009). *Terapia familiar e resiliência: Manual de Terapia familiar*. Porto Alegre.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M. & Baltes, P. B. (1995). *Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span*. In D. Cicchetti, D. J. Cohen, D. Cicchetti, D. J. Cohen (Eds.) , *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 801-847). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Tam, C. L. & Lim, S. G. (2010). Perceived Social Support, Coping Capability and Gender Differences among Early Adults. *Sunway Academic Journal*, 6, 75-88.
- Vega, J. & Bueno, B. (1996). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. Madrid: Sintesis Psicología.

- Vega, J. L. & Martínez, B. B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento* (2º ed.). Madrid: EditorialL Síntesis, S.A.
- Wadensten, B. (2006). An analysis of psychosocial theories of ageing and their relevance to practical gerontological nursing in Sweden. *Scand. J. Caring Sci.*, 20, 347-354.
- Zakir, N. S. (2010). *Mecanismos de coping*. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*. 3a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zanon, C., Bastianello, M. R., Pacico, J. C. & Hutz, C. S. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, 18(2), 193-202.
- Zimmerman, M. A. & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report*, 8, 1-18.