



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

María Mesa Fernández

*Perceção de controlo na velhice: uma relação entre autoeficácia,
autoestima e bem-estar psicológico*

2015

Á luz dos sorrisos das pessoas idosas.

Resumo

Neste estudo, pretendemos caracterizar amostra de idosos da cidade de Huelva, Espanha, definindo o perfil de um idoso não dependente, e conhecer as relações entre a autoeficácia, autoestima e bem-estar psicológico como variáveis que influenciam o envelhecimento bem-sucedido. Participaram 148 idosos, procedentes da comunidade e da Universidade da Terceira Idade de Huelva, com idades compreendidas entre os 60 e 96 anos. Os dados foram recolhidos através dos seguintes questionários: Questionário *ad hoc* de dados sócio-demográficos e familiares; *Batería Mínima de Evaluación en la Vejez (BEV)* de Fernández-Ballesteros, Reig e Zamarrón (2009); *Escala de Autoeficacia para Envelhecer* (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2009). Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) e Escalas de Bem-estar Psicológico (*Psychological Well-Being Scales*) – *Versão espanhola breve* (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Kiménez, Gallardo, Valle, & van Dierendonck, 2006). Os resultados obtidos indicam-nos que um maior bem-estar psicológico tende a aumentar a autoeficácia que, por sua vez, é mediada pelo efeito da autoestima. A saúde percebida um preditor positivo da autoeficácia, e a sua vez, a saúde percebida é um promotor e protetor do bem-estar físico, psicológico e social. Os idosos que frequentam a Universidade da Terceira Idade apresentam maiores níveis de autoeficácia, assim como de saúde percibida. São discutidas as implicações para a promoção do bem-estar dos idosos e como os programas de intervenção, cognitivos e de participação, podem aumentar os níveis de autoeficácia, bem-estar psicológico e autoestima.

Palavras-chaves: Envelhecimento bem-sucedido; Idosos não dependentes; Universidade Sénior; Autoeficácia; Autoestima; Bem-estar psicológico.

Abstract

In this study, our purpose is to establish a profile of the autonomous elderly people of district of Huelva, Spain, and analyse the relations between the self-efficacy, self-esteem and psychological well-being as mediators that influence successful aging. In this study was participated 148 seniors, from the community and the Senior University of Huelva, aged between 60 and 96 years. Datas were collected through the following questionnaires: Ad hoc questionnaire of socio-demographic and family; Short questionnaire for evaluation aging, Fernandez-Ballesteros, Reig and Zamarron (2009); Self-efficacy scale for ageing (Fernandez-Ballesteros et al., 2009). Self-esteem scale of Rosenberg (1965) and scales Wellness Psychology - Spanish version (Díaz Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Kiménez, Gallardo, Valle, & van Dierendonck, 2006).

The results obtained show that self-efficacy is positively related to psychological well-being, and the same time, this relation is mediated by the effect of self-esteem. The self-perceived health is a positive predictor of self-efficacy, at the same time, the self-perceived health is a promoter and protector of the physical, psychological and social well-being. The elderly that attended the Senior University had higher levels of self-efficacy and self-perceived health. The self-efficacy, self-esteem and psychological well-being can be increased through the cognitive and participation programs such Senior Universities, pensioner's associations, neighbourhood's associations, among others.

Key-words: Successful Ageing; Autonomous Elderly; Senior University; Self-efficacy, Self-esteem; Psychology Well-being.

Agradecimentos

À luz profunda, à escuridão radiante, ao mar calmo e à terra em tempestade. À inspiração e à criatividade. À vida e à morte. À minha musa, pilar e remo, que remamos a vento e marea. Por aquelas correções “orto-gramáticas” de português, paciência infinita e limitada e apoio incondicional. Obrigada nuvem! À minha grande família pelas forças inúmeras para seguir neste sonho suportando momentos de calma e tempestade e pelo apoio infinito e cálido que nunca deixar de dar pese à distância, coações ao ar!

A meus amigos que pelas palavras de apoio e suportar o meu *stress* quase diário. Às pessoas idosas que narraram sua história de vida e fizeram-me crescer e ver o mundo desde outra luz e visão. Aos professores, Cristina Nunes e Javier Pérez, pelas horas companhia, suporte de *stress* finito, apoio incondicional e revisão de miles de ideias que às vezes ficavam espanhadas e mais tarde recolhidas. À professora Susana Menéndez e a à “*aula de la experiencia de la Universidad de Huelva*”, pelo apoio e participação neste projeto. À Cruz Vermelha de Huelva, a Carmen Vázquez e Loren pela colaboração e pela oportunidade de assistir às atividades de envelhecimento saudável.

A todos seres que ajudaram e contribuíram para este sonho.

Obrigada!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	11
1. A velhice como fenómeno demográfico.....	12
2. A arte de envelhecer: o envelhecimento bem-sucedido	12
2,1. Indicadores do envelhecimento bem-sucedido	17
2,1,1. Bem-estar psicológico.....	17
2,1,2. O processo de controlo auto-percebido na velhice.	20
3. A promoção do envelhecimento bem-sucedido em diferentes contextos	25
CAPÍTULO II. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	29
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	31
1. Desenho do estudo.....	32
2. Participantes	32
3. Instrumentos	32
4. Procedimentos	35
5. Plano de análise	35
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	37
1. Caracterização dos participantes	38
2. Relações entre a autoeficácia, autoestima, bem-estar psicológico e variáveis sócio-demográficas.....	40
3. Diferenças entre os grupos de participantes.	46
4. Preditores da autoeficácia.....	48
CAPÍTULO V. DISCUSSÃO	50
CONCLUSÕES	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descritivos da variável nível e frequência da atividade física.....	39
Tabela 2. Descritivos das escalas utilizadas.	40
Tabela 3. Correlações entre as variáveis sócio-demográficas.	41
Tabela 4. Correlações entre as variáveis sócio-demográficas, a autoeficácia e autoestima.	42
Tabela 5. Correlações entre as variáveis sócio-demográficas e o bem-estar psicológico.	43
Tabela 6. Correlações entre as dimensões, autoeficácia, autoestima e o bem-estar psicológico.....	44
Tabela 7. Regressões simples e múltipla das variáveis em estudo.	45
Tabela 8. Correlações parciais entre a autoeficácia e bem-estar psicológico, com a autoestima como variável mediadora.	45
Tabela 9. Comparação entre grupos relativas ao nível educativo e qualificação profissional entre os dois grupos de idosos.	46
Tabela 10. Comparações de médias entre grupos relativas ao nível da saúde percebida, atividade física, de cuidados e formal.	46
Tabela 11. Comparações de médias entre grupos relativas ao nível de autoeficácia e autoestima.	47
Tabela 12. Comparações de médias entre grupos relativas ao bem-estar psicológico. ...	48
Tabela 13. Modelo de regressão hierárquica múltipla da autoeficácia.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Manutenção da capacidade funcional durante o curso da vida (Kalache e Kickbusch, 1997. Fonte: OMS (2002)).....	14
Figura 2. Fatores determinantes do envelhecimento bem-sucedido (Fonte: OMS, 2002).	16
Figura 3. Esquema do processo de interiorização dos estereótipos na velhice (Fonte: Sáez, Meléndez & Aleixandre, 1994).	23
Figura 4. Nível Educativo e qualificação profissional por grupos.	39

ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diárias.

BEP – Bem-Estar Psicológico.

BEV – *Batería Mínima de Evaluación en la Vejez*.

CRE – Cruz Vermelha Espanhola.

EAE – Escala de Autoestima.

EAAE - Escala da Autoeficácia para o Envelhecimento.

FEMP – Federação espanhola de Municípios e Províncias.

IMSERSO – Instituto de Idosos e Serviço Social.

INE – Instituto Nacional de Estatística.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PWBS - Escalas do Bem-Estar Psicológico.

SOC –Seleção, Otimização e Compensação.

UAlg – Universidade do Algarve.

UHU – Universidade de Huelva.

UTI – Universidade da Terceira Idade.

INTRODUÇÃO

“Saber envelhecer é a maior sabedoria e um dos mais difíceis capítulos da grande arte de viver”

(Hermann Melville).

A investigação empírica tem vindo a demonstrar que envelhecer não significa ser dependente, mas sim ter diferentes necessidades (v.g. Bandura, 1986; Baltes, 1987; OMS, 2002; Lima, 2004; Fernández-Ballesteros, 2006; Fernández-Ballesteros *et al.*, 2010). É neste sentido que surgem intervenções, dentro do conceito do envelhecimento bem-sucedido (OMS, 2002), para a promoção da independência e autonomia e a redução dos estereótipos na velhice, através de políticas de promoção de saúde física e psicológica, prevenção do isolamento e promoção de relações sociais e comunitárias. Um exemplo destas intervenções são os programas educativos realizados pela Universidades da Terceira Idade (UTI).

Neste sentido, a presente dissertação enquadra-se dentro do projeto de investigação “Bem-estar em idosos não dependentes”, que está a decorrer entre a Universidade de Huelva (UHU) e a Universidade do Algarve (UAlg), dirigido pela Dra. Susana Menéndez e pela Dra. Cristina Nunes, respectivamente. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, correlacional, com o intuito de conhecer o processo de controlo auto-percebido na velhice, mais concretamente a autoeficácia e a sua relação com a autoestima e o bem-estar psicológico.

As investigações desenvolvidas até ao momento nesta área indicam-nos que a autoeficácia é relativamente estável no percurso vital, estando a autoeficácia da saúde relacionada negativamente com a idade, isto é, quanto mais velhos somos, menos confiança temos nas nossas capacidades para resolver problemas relacionados com a saúde (Bandura, 1986).

No que concerne à estrutura da dissertação, no enquadramento conceptual exporemos as definições, conceitos, relações, consequências e estudos sobre o envelhecimento bem-sucedido, bem-estar psicológico e autoeficácia. No capítulo III estabeleceremos o problema, hipóteses e objetivos da investigação. No quarto descreveremos a metodologia utilizada para cumprir os objetivos propostos, apresentando a caracterização da amostra, grupos constituídos e instrumentos utilizados, encerrando-se com uma descrição dos procedimentos adotados. Os resultados serão apresentados no capítulo

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

quinto e serão analisados e relacionados com os modelos teóricos no capítulo da discussão. Nos capítulos finais apresentaremos as conclusões e as referências bibliográficas, utilizadas para a elaboração desta dissertação.

Capítulo I.
Enquadramento Conceptual

1. A velhice como fenómeno demográfico

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial que tem vindo a merecer maior atenção a partir da segunda metade do século XX (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002). Por volta do ano 2050, estima-se que a população mundial de pessoas maiores de 60 anos se triplicará, passando dos 605 milhões a 2000 milhões, 400 milhões terão 80 ou mais anos de idade, e passarão de 11% a 22% da população (OMS, 2015). Na Europa incrementará de 18% para 28% e os maiores de 80 anos passarão de 5% a 12% (EUROPOP 2103, 2014), sendo a Alemanha, França, Reino Unido, Itália e Espanha os países com a cifra mais elevada de idosos e a Alemanha, Itália, Portugal, Grécia e Suécia os países mais envelhecidos (Abellán-García, Vilches-Fuentes, & Pujol-Rodríguez, 2014). Este incremento populacional deve-se ao aumento da esperança média de vida, a um decréscimo do índice de natalidade e da morbilidade dos idosos e ao fluxo de migrações, originando que em muitos países convivam diversas gerações, as quais possuem necessidades variadas, exigindo políticas sociais diferentes, e representando desafios na saúde pública (OMS, 2002, EUROSTAT, 2012, EUROPOP 2013, 2014).

Em Espanha e Portugal tem vindo a aumentar o número de pessoas idosas e em consequência a taxa de dependência. Em Portugal 19,9% da população é maior de 65 anos (INE, 2014), do mesmo modo, em Espanha, 18,2% da população é idosa estimando-se que existam 8,5 milhões de pessoas maiores de 65 anos. Segundo as projeções demográficas do INE de Espanha (2014), no ano de 2065, 38,7% da população espanhola terá mais de 65 anos (Abellán-García *et al.*, 2014). Embora a taxa de dependência tenha vindo aumentar nos nossos países, envelhecer não significa ser dependente. O INE de Portugal (2011) e o INE de Espanha (2012) mostram que 71,2% e 73,9% da população, respetivamente, é independente ou autónoma, isto é, não possuem doenças graves ou demências, nem necessitam apoio ou ajuda de outras pessoas para as atividades de vida diária (AVD), tais como, comer, assear-se ou levantar-se.

2. A arte de envelhecer: o envelhecimento bem-sucedido

O envelhecimento é um fenómeno multidimensional, entendido como um processo vital inerente ao ser humano, não exclusivo da última etapa do ciclo vital, pois as pessoas começam a envelhecer desde o nascimento (Simões, 2006). O envelhecimento saudável ou bem-sucedido está relacionado com o conceito do envelhecimento ativo e na literatura encontramos muitos termos para o designar: envelhecimento com êxito, envelhecimento ótimo, envelhecimento produtivo, envelhecimento positivo e envelhecimento bem-

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

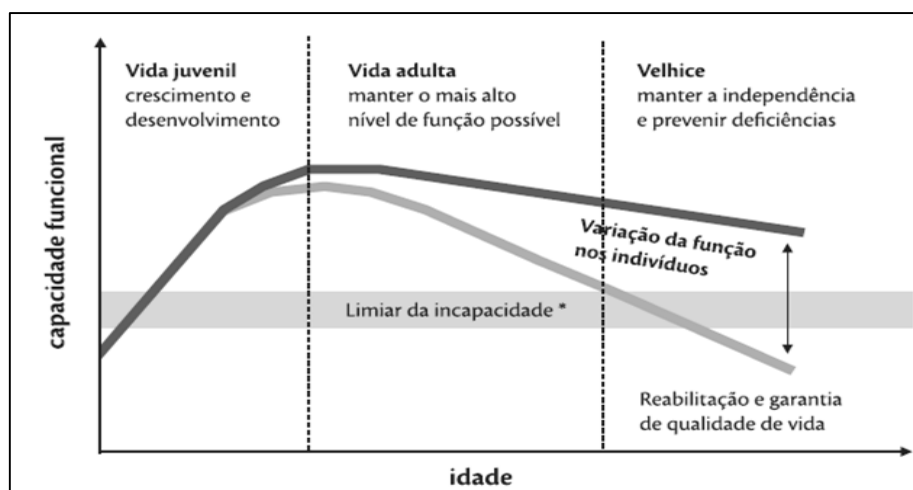
sucedido, entre outros, sem existir uma definição e um modelo consensual entre os investigadores (Fernández-Ballesteros, 2008).

O conceito de envelhecimento ativo foi adotado no final do século XX, e a primeira conceptualização e a categorização de determinantes de envelhecimento ativo foram feitas respetivamente por Havighurst e Palmore, na década dos 60 e 70 (Fernández-Ballesteros, 2009). A definição mais ampla e aceite foi proposta pela OMS (2002, p. 74), definindo o envelhecimento ativo ou envelhecimento bem-sucedido como “*o processo de optimização das oportunidades da saúde, participação e segurança, com a finalidade de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida segundo a pessoa que envelhece*”. O conceito de “ativo” faz referência à participação contínua da pessoa no seu meio a nível social, económico, cultural, físico e espiritual (OMS, 2002).

Como explica Kalache e Kickbush (1997), e tem sido recolhido e descrito pela OMS (2002) no documento de envelhecimento bem-sucedido e mostrado na Figura 1, o envelhecimento bem-sucedido é explicado através de um modelo teórico processual, baseado na perspectiva do ciclo vital (*life-span*), de Baltes e Baltes (1987), assumindo que as pessoas envelhecem de modo diferente, sendo os idosos um grupo muito heterogéneo, onde a diversidade tem tendência a aumentar com a idade, devido à concepção ontogénica, dinâmica, multidimensional e multidirecional do desenvolvimento humano, influenciado pela experiência vital e por fatores socioculturais, genéticos e biológicos. Assim, deste modo, a velhice é definida como um processo dinâmico de perdas e ganhos em algumas áreas, podendo estas ser compensadas pela capacidade de adaptação, pela experiência de vida (Baltes, 1987) e pelo incremento da sabedoria (OMS, 2002).

O declínio das funções está fortemente determinado por fatores relacionados com o estilo de vida na vida adulta, como o tabagismo, nível de atividade física e dieta, e a fatores externos e ambientais (OMS, 2002). Assim, na velhice, a manutenção de um alto nível de funcionamento, com independência e bem-estar deve-se a que no processo vital se alcançaram altos níveis de desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social. Em contrapartida, as pessoas que não alcançam altos níveis de desenvolvimento pessoal e de capacidade funcional poderão ultrapassar o limiar da incapacidade através da experiência de vida, por exemplo através da idade e da sabedoria (OMS, 2002).

AUTOEFICÁCIA E VELHICE



*As mudanças no ambiente podem diminuir o limiar da deficiência, e reduzir o número de pessoas com incapacidade.

Figura 1. Manutenção da capacidade funcional durante o curso da vida (Kalache e Kickbusch, 1997).
Fonte: OMS (2002)

Esta conceptualização é compatível com o modelo da Seleção, Otimização e Compensação (SOC)¹ de Baltes (Baltes 1987; Baltes, 1997; Baltes & Freund, 2007), modelo referencial do paradigma do desenvolvimento ao longo do ciclo vital e do envelhecimento bem-sucedido (Baltes 1987, 1997; Baltes & Freund, 2007). Definido como um modelo do envelhecimento bem-sucedido, explica como as pessoas se adaptam à velhice através de três mecanismos adaptativos: a seleção, otimização e compensação. Para esta adaptação, além destes três mecanismos, é fundamental ter em consideração a experiência de vida, fonte de diferenças individuais na forma de envelhecer ao longo do ciclo vital (Baltes, 1987, 1997; Baltes & Freund, 2007). Assim, o indivíduo otimiza os próprios recursos durante a infância e adolescência, maximizando estes recursos ao longo da vida adulta, e posteriormente, compensando eventuais perdas para manter um ótimo funcionamento na velhice e ultrapassar o limiar da incapacidade.

A seleção é um mecanismo presente ao longo do desenvolvimento e consiste no desenvolvimento, elaboração e compromisso para com as metas estabelecidas pelo indivíduo permitindo escolher as relações, atividades, profissão, em função das preferências, habilidades, saúde, ambiente, entre outros, tendo presente as limitações e recursos se possuem. Distinguem-se dois tipos de seleção: a seleção eletiva e a seleção baseada em perdas. No que respeita à primeira, a pessoa procura o equilíbrio entre suas necessidades e desejos e os recursos de que dispõe. Este mecanismo, no que diz respeito

¹ Tradução livre, para português (Portugal) do título original, *Selective, Optimization with Compensation*.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

às perdas, atua quando as competências da pessoa diminuem ou estão danificadas, e suas necessidades e preferências têm de se adaptar a uma nova situação.

A otimização, faz referência ao esforço ao longo do desenvolvimento e crescimento da pessoa para a melhoria contínua dos seus conhecimentos, habilidades, capacidades e recursos tido como relevantes para se alcançarem as metas propostas através da prática, adquirindo e integrando as capacidades, conhecimentos, habilidades e recursos aprendidas.

Por último, a compensação é um mecanismo que permite neutralizar as perdas e declínio, possibilitando manter um nível tido como adequado de funcionamento, através do uso de meios alternativos de resposta, mudando as estratégias utilizadas anteriormente para alcançar as metas por outras mais adequadas, e permitindo manter um funcionamento correto.

O modelo de envelhecimento bem-sucedido descrito pela OMS (2002) contempla o seguinte conjunto de fatores e determinantes biopsicossociais que influenciam o envelhecimento bem-sucedido:

a) Fatores transversais. Referem-se aos valores culturais e tradições específicas que influenciam os comportamentos intergeracionais e os comportamentos saudáveis *vg.* as famílias asiáticas convivem diferente gerações numa mesma residência; o tabagismo ser aceite socialmente influencia a conduta de fumar. O sexo é também um fator transversal, pois em muitos países, o papel da mulher repercute no nível de saúde e na contribuição da pobreza devido ao papel assumido nos cuidados familiares, por contrapartida, os homens estão expostos a sofrer doenças incapacitantes devido aos comportamentos de risco como o tabaco, álcool e drogas.

b) Fatores relacionados com os sistemas de saúde e os serviços sociais. Para a promoção do envelhecimento bem-sucedido é crucial a promoção da saúde e prevenção de doenças ao longo do ciclo vital através do acesso equitativo aos serviços de saúde e à assistência de longo prazo, oferecendo um suporte de cuidados formais/informais às pessoas dependentes, assim como possibilitar o acesso aos serviços de saúde mental aos cuidadores das pessoas idosas dependentes e aos idosos que possam sofrer depressão com o intuito de prevenir o suicídio.

c) Os fatores comportamentais. Referem-se aos comportamentos relacionados com a saúde como o tabagismo, a atividade física, a alimentação saudável, o consumo de álcool, a ingesta de medicamentos e à adesão terapêutica.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

d) Fatores relacionados com aspetos pessoais. Referem-se aos processos biológicos e genéticos inerentes ao envelhecimento. Também alude aos fatores psicológicos como a inteligência e a capacidade cognitiva, a autoeficácia e as estratégias de *coping*.

e) Fatores relacionados com o ambiente social. Referem-se ao apoio sócio-familiar, às oportunidades de educação e alfabetização, à promoção da segurança e à prevenção da violência e maus tratos como fatores que estimulam a saúde e a participação, prevenindo o isolamento social, analfabetismo e as deficiências e morte precoce provocadas por conflitos.

f) Os fatores relacionados com o meio físico. A existência de espaços adaptados tanto urbanos como da própria residência propicia a proximidade com outras pessoas idosas e menos problemas de mobilidade física, bem como menor número de quedas e acidentes.

g) Os fatores determinantes económicos aludem à renda como indicador da pobreza nas pessoas idosas, devido às reduzidas ou inexistentes pensões de reforma que pode ser atenuadas através do sistema de proteção social. Outro aspecto que recalça é a oportunidade de trabalho digno e o prolongamento da idade da reforma. A reforma pode abrir portas aos idosos qualificados a trabalhos em regime de voluntariado em escolas, comunidades, negócios e organizações políticas e de saúde.

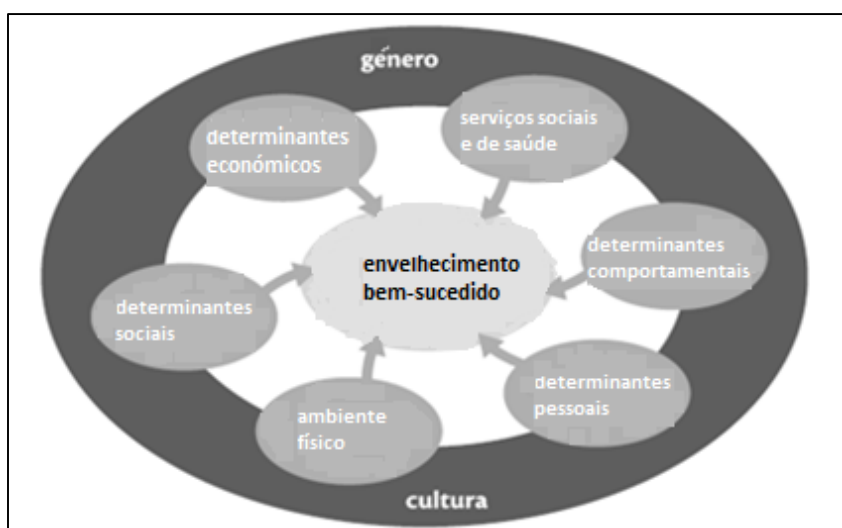


Figura 2. Fatores determinantes do envelhecimento bem-sucedido (Fonte: OMS, 2002).

3. Indicadores do envelhecimento bem-sucedido.

As investigações relativas ao envelhecimento bem-sucedido têm vindo a documentar no âmbito da qualidade de vida e da autoeficácia, conceitos relacionados com o bem-estar e com a adaptação ao processo de envelhecimento. Após a descrição e exposição da definição e modelos teóricos do envelhecimento bem-sucedido, nesta rúbrica vamos analisar em maior detalhe o bem-estar psicológico e a auto-eficácia, indicadores do envelhecimento bem-sucedido, alvo de estudo na presente dissertação.

3.1.O bem-estar psicológico e a qualidade de vida.

Nos estudos sobre a qualidade de vida na velhice, o bem-estar tem vindo a ocupar um papel central, sendo o bem-estar uma componente da qualidade de vida, e assim, um indicador importante no envelhecimento bem-sucedido (Lawton, 1983). Neste sentido, Lawton (1983) propõem um modelo de quatro dimensões inter-relacionadas na avaliação da qualidade de vida na velhice, estas são: condições ambientais, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem-estar psicológico ou subjetivo.

Dentro deste paradigma distinguimos o bem-estar objetivo, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo.

O bem-estar objetivo faz referência aos indicadores objetivos da qualidade de vida como os rendimentos, indicadores de saúde, emprego, residência e condições do ambiente (Kahneman, Diener, & Schwartz, 2003).

De acordo com Ryff (1989a, 1995, 2002), o Bem-Estar Psicológico (BEP), faz referência a uma visão eudâmica do bem-estar, conceito relacionado com o desenvolvimento humano. O BEP é identificado a partir dos recursos psicológicos da pessoa como os processos cognitivos, afetivos e emocionais. Ryff (1989a, 1995, 2002) formulou um modelo multidimensional de seis dimensões psicológicas próprias do indivíduo e não componentes independentes que contribuem para o bem-estar. Estas são: (1) aceitação de si, refere-se aos sentimentos e atitudes positivas para consigo próprio e a vida passada; (2) autonomia, relaciona-se com a auto-determinação, necessária para manter a própria individualidade e saber enfrentar da melhor forma possível a pressão social. (3) O domínio do meio, refere-se à capacidade para criar ou escolher ambientes favoráveis para satisfazer as necessidades e desejos; (4) as relações positivas como à capacidade para manter relações próximas com outras pessoas, baseadas na empatia e confiança; (5) os objetivos de vida alude às metas e objetivos que dão sentido à vida; e

(6) o crescimento pessoal, relaciona-se com o desenvolvimento pessoal, é definida como uma dimensão central do BEP.

Por outro lado, o Bem-Estar Subjetivo (BES), faz referência a uma visão hedónica do bem-estar, relacionada com a felicidade (Simões, 1992; Ryff, 2002). O BES inclui uma componente cognitiva e uma componente afetiva. A primeira, refere-se à satisfação com a própria vida, através da percepção e juízos de valor relativamente à qualidade de vida. A componente afetiva são as reações emocionais positivas e negativas face aos juízos de valor da própria qualidade de vida, que pode ser positiva ou negativa. Estas duas componentes, cognitiva e afetiva, são independentes e relacionadas entre si, onde os fatores sócio-demográficos explicam uma pequena parte do BES (Diener, 1984; Simões, 1992; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos & Oliveira, 2003). Em definitiva, o BES é uma avaliação pessoal da própria vida em termos de afetividade e de satisfação com a mesma. Assim uma pessoa com um elevado BES define sua vida como satisfatória, tem tendência a experienciar emoções positivas, e em raras ocasiões, experimenta emoções negativas (Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Simões *et al.*, 2003).

Diversos estudos empíricos, sobre o bem-estar e o envelhecimento bem-sucedido, tem vindo a demonstrar que as perdas decorrentes do processo de envelhecimento não implicam obrigatoriamente uma redução no bem-estar (Fernández-Balesteros, 2006, 2008). O bem-estar tem vindo a ser estudado através de variáveis mediadoras sócio-demográficas e individuais que passaremos a descrever.

Bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas.

A idade, o sexo, o estado civil, o nível educativo e o apoio social são as principais variáveis sócio-demográficas no estudo do BEP.

Os estudos transversais sobre o BEP e a idade tem revelado uma correlação negativa entre as dimensões do BEP, excetuando na autonomia, que aumenta com a idade (Ryff, 1989a, 1995; Ryff, *et al.*, 1999). Em contrapartida, o decrescimento das dimensões do crescimento pessoal, e em menor medida com o domínio do meio, pode ser causado pelo contexto, que limita as oportunidades para ter experiências significativas e manter o crescimento pessoal ou pode ser devido às mudanças inerentes ao ciclo vital, adaptando assim a perspectiva da pessoa, posicionando o eu real mais próximo do eu ideal (Ryff, 1989; Ryff, 1995; Meléndez, Tomás & Navarro, 2008; Meléndez, Tomás & Navarro,

2011). Outras investigações, i.e., BASE (Baltes&Mayer, 1999), num estudo com pessoas dos 70 aos 100 anos de idade mostraram que existe uma relação pequena e inversa entre a idade e o BES.

Os homens apresentam valores mais elevados na autonomia, crescimento pessoal, aceitação de si (Ryff, 1989a; Meléndez, Tomás, & Navarro, 2011) e também no domínio do meio (Caprara *et al.*, 2003 cit. in Fernández-Ballesteros, 2009). As mulheres pontuam mais na dimensão de relações positivas (Ryff, 1989a; 1995; Meléndez, Tomás & Navarro, 2011).

Por outro lado os idosos casados apresentam melhores níveis de objetivos de vida, crescimento pessoal, domínio do meio e aceitação de si (Meléndez, 1997; Molina-Sena & Meléndez, 2006; Tomás, Oliver, Navarro, Meléndez, & Molina, 2009) . Por outro lado as pessoas com maior nível de escolaridade apresentam níveis mais elevados de bem-estar psicológico, aceitação de si, objetivos de vida e crescimento pessoal (Ryff, Magee, Kling & Wing, 1999; Ryff, 2002; Tomás, Oliver, Navarro, Meléndez & Molina, 2009).

BEP e variáveis individuais.

Seguidamente mostramos os estudos realizados no campo do bem-estar psicológico e a atividade física, apoio social, voluntariado, personalidade e autoestima. Os estudos sobre a atividade física tem vindo a documentar que está relacionada positivamente com o bem-estar, e por sua vez modula os níveis de autoestima (Pérez, 2006). A atividade física aumenta o BES, melhora as capacidades de aprendizagem, o contacto social, melhora o autoconceito e a autoestima e contribui ao equilíbrio emocional e afetivo reduzindo os sintomas de ansiedade e a depressão (Pérez, 2006; McAuley *et al.*, 2000; García, Marín, & Bohórquez, 2012). Diversos estudos têm demonstrado que uma atividade física não vigorosa, como as caminhadas, os alongamentos e a tonificação muscular produz efeitos positivos no BEP (McAuley *et al.*, 2000; Nishiguchi, *et al.*, 2015).

Os estudos realizados no paradigma das tarefas simultâneas (*Dual Taks*)², tem vindo a demonstrar que uma atividade física e cognitiva melhora a memória e a função executiva, e em consequência, previne o risco de demência e promove as relações sociais (Nishiguchi, *et al.*, 2015). As investigações realizadas sobre as relações sociais e apoio social revelam que as pessoas que sentem maior satisfação com a qualidade da rede de

² Este Paradigma consiste na realização de duas ou mais tarefas de forma simultânea, partindo do pressuposto que uma tarefa pode interferir na outra. A interferência é entendida como o deterioro produzido na execução de uma tarefa.

apoio social, apresentam melhores níveis de saúde percebida e, em consequência, maiores níveis de BEP (Clemente, Tartaglini, & Stefani, 2008).

Quanto à participação em atividades de voluntariado, os estudos tem vindo a revelar uma relação positiva entre o voluntariado e o bem-estar (Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario & Tang, 2003), assim como na redução da mortalidade (Oman, Thoresen, & McMahon, 1999), mediante a redifinição de papéis sociais. Para que o voluntariado promova o BES deve ter um horário estabelecido, o compromisso e as tarefas devem ser definidas e adaptadas a cada pessoa, para evitar ser uma obrigação para o indivíduo (Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario & Tang, 2003).

Os estudos de personalidade baseados no NEO-PI-R³ (Costa & McCrae, 1992), têm vindo a demonstrar que uma maior extroversão, um menor neuroticismo e uma maior estabilidade emocional são preditores da satisfação com a vida e com o bem-estar devido à sua função de auto-regulação e *coping*, que propiciam uma visão positiva da vida e uma adaptação à velhice e uma redução no risco de mortalidade na velhice.

As emoções positivas aumentam com a idade e geralmente as emoções negativas estão associadas à uma má saúde. (Wilson, Krueger, Gul, Bienias, Mendes de Leon & Evans, 2005).

Outras investigações sugerem que a autoestima constitui um fator central na obtenção de bem-estar e, adicionalmente, a existência de uma relação positiva entre ambas (Simões, *et al.*, 2001; Fernández-Ballesteros, 2002) e entre a saúde com o bem-estar (Simões, *et al.*, 2001; Simões *et al.*, 2003). Os indivíduos que apresentam níveis elevados de autoestima têm maior bem-estar, e vice-versa, e em consequência, apresentam uma boa saúde.

3.2. A perceção de controlo na velhice. A autoeficácia.

A perceção de controlo tem sido um construto muito estudado, refere-se às crenças pessoais acerca das próprias capacidades para exercer o domínio no meio e na própria vida e é uma capacidade psicológica adaptativa do processo de envelhecimento. Rothbaum, Weisz e Snyder (1982), definem-na como controlo primário, isto é, o esforço para controlar o meio e adaptá-lo às próprias necessidades. Estes autores consideram que

^{3 3} Teste de Personalidade NEO PI-R, acrónimo de *Revised Neo Personality Inventory*, construído por Paul Costa e Robert McCrae, 1992. Adaptado à população portuguesa por Magarida Pedrosa Lima e António Simões em 2000 e adaptado à população espanhola por Agustín Cordero, Antonio Pamos e Nicolás Seisdedos em 1999. O teste conta de 240 ítems que avalia cinco domínios da Personalidade: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C).

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

o controlo secundário, são os esforços para se adaptar ao meio em situações onde as metas não foram alcançadas ou ocorreram perdas.

A percepção de controlo é um fator explicativo da saúde objetiva, condição física, capacidade e competência subjetiva, assim como da qualidade de vida e envelhecimento bem-sucedido (Fernández-Ballesteros, 2008). A percepção de controlo integra os conceitos dependentes dos processos de auto-regulação da pessoa como o *locus* de controlo, a autodeterminação, o sentido de coerência, a confiança nas próprias capacidades e a autoeficácia, conceito explanado com maior detalhe nesta rubrica e alvo de estudo na presente dissertação (Fernández-Ballesteros, 2008).

A autoeficácia enquadra-se dentro da teoria social-cognitiva, a qual se define como às crenças e juízos da pessoa sobre as suas capacidades e influencia a sua atuação sobre o meio (Bandura, 1986, 1997). As crenças da autoeficácia regulam o pensamento, a motivação, o afeto e os processos de decisão, deste modo, a autoeficácia é um fator determinante que atua de forma independente das habilidades e integra sub-competências cognitivas, sociais e comportamentais com a finalidade de conseguir propósitos (Bandura 1986, 1997). A autoeficácia, em parte, está mediada pela autoestima, considerando-se que o nível de autoeficácia determina o grau de implicação e persistência numa tarefa, afetando a resolução da mesma e tendo uma repercussão na autoestima. Esta relação não sempre é uniforme, visto que uma pessoa pode considerar-se muito apta para uma atividade da qual não deriva um sentimento de auto-valoria, *vg.* estar bem trinado para um jogo de futebol, ou julgar-se muito ineficaz sem que diminua o sentimento de auto-valoria *vg.* não saber surfar (Bandura, 1986). Assim, uma elevada autoeficácia possibilita uma melhor percepção das próprias capacidades, com pensamentos motivadores para a ação. Por contrapartida, uma baixa autoeficácia evocará sentimentos negativos para superar as dificuldades, influenciando negativamente na autoestima.

De acordo com Bandura (1997) existem quatro fontes das quais derivam os sentimentos de autoeficácia: 1) as experiências passadas concluídas com êxito; 2) as modelações vicárias; 3) a persuasão social, referente à exposição de juízos verbais dos outros; 4) os estados emocionais e fisiológicos como a ansiedade, depressão, cansaço e o *stress*, que proporcionam um *feedback* sobre a capacidade de realizar uma tarefa.

A autoeficácia desenvolve-se ao longo do ciclo vital (Bandura, 1986). Na infância, através da família como fonte de informação de autoeficácia, dos grupos de pares como meio privilegiado para expansão e validação da autoeficácia, e da escola como meio para desenvolvê-la. Na adolescência, a autoeficácia é desenvolvida através das experiências

nas relações sociais; na adultez, mediante as rotinas estabelecidas que estabilizam as autopercepções de eficácia, por último, na velhice, através das re-avaliações da autoeficácia, conceito alvo de estudo na presente dissertação e será explicado na seguinte rúbrica.

3.2.1. A Autoeficácia na Velhice.

Na velhice algumas capacidades físicas, psicológicas e sociais diminuem (Baltes, 1987), requerendo re-avaliações da autoeficácia naquelas atividades onde as funções se encontram deterioradas. A re-avaliação compensa as perdas, através dos conhecimentos, capacidades e experiências adquiridas ao longo da vida (Bandura, 1986, 1997; Baltes & Freund, 2007).

Na velhice também podem produzir-se avaliações erróneas no que se refere ao decréscimo da autoeficácia em algumas funções, i.e., capacidade executiva, sexual, força física, entre outras (Bandura, 1986). Esta diminuição da autoeficácia está muito relacionada com os estereótipos sociais e auto-estereótipos ou auto-percepções que influenciam negativamente o envelhecimento (Sáez, Meléndez, & Aleixandre, 1994; Fernández-Ballesteros, 2008; Caprara, 2009).

Os estereótipos na velhice são crenças, por norma negativas, sobre as funções e capacidades no processo de envelhecimento (Simões, 1990). Por contrapartida, os auto-estereótipos são percepções sobre o envelhecimento da própria pessoa ao longo do seu processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2008). Quando um estereótipo negativo é assumido pelo indivíduo, este começa a aceitar uma definição negativa de velhice e, em consequência, o indivíduo adapta uma imagem e comportamentos em consonância com o estereótipo, produzindo um decréscimo do auto-conceito, auto-estima e, por efeito, uma redução da auto-eficácia e do controlo sobre o meio (Sáez, Meléndez, & Aleixandre, 1994) (ver Figura 3).

A diminuição da autoeficácia favorece o aparecimento de processos auto-perpetuadores, decorrentes muitas vezes de profecias de auto-realização, originando um decréscimo do funcionamento cognitivo e comportamental (Bandura, 1986). Assim, a pessoa que se sente insegura na sua eficácia, limita as suas atividades e diminui o esforço para aquelas que realiza, resultando este processo uma perda progressiva de interesse e capacidades (Bandura, 1986).

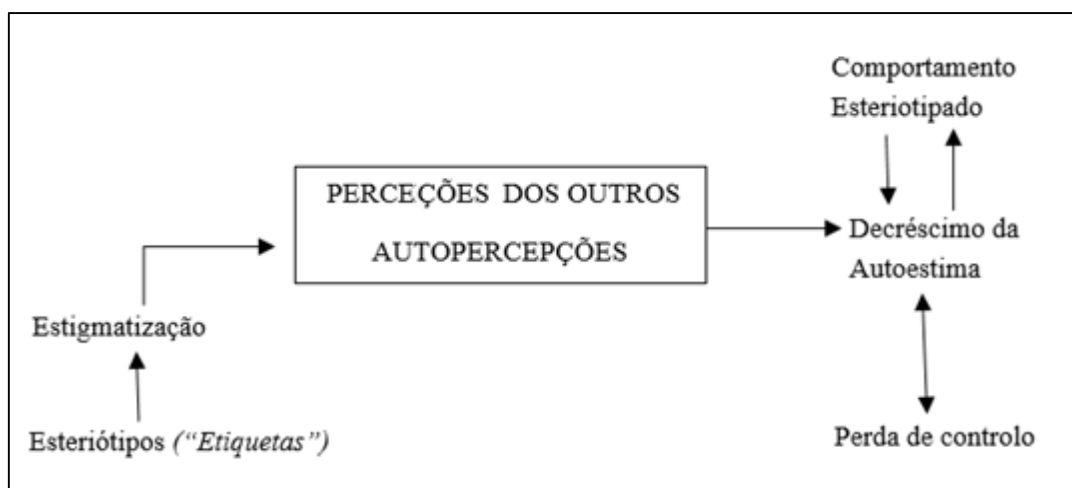


Figura 3. Esquema do processo de interiorização dos estereótipos na velhice (Fonte: Sáez, Meléndez & Aleixandre, 1994).

Levy e Wurm (cit. in Fernández-Ballesteros, 2008) sugerem que as pessoas com uma atitude e uma imagem positiva acerca do envelhecimento referem maior bem-estar devido ao reforço de controlo. Estas pessoas apresentam uma taxa média de sobrevivência de 7,5 anos superior àquelas que têm uma percepção negativa sobre o envelhecimento. Outras estudos, realizados nas Universidades da Terceira Idade sugerem mudanças dos estereótipos sociais e auto-estereótipos, promovendo a auto-regulação emocional, o crescimento pessoal e incrementando o bem-estar das pessoas idosas (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2013).

O conceito de autoeficácia tem sido um dos mais estudados no âmbito do envelhecimento bem-sucedido, considerando-se um preditor adequado de um processo ótimo do envelhecimento (OMS, 2002). O sentimento de eficácia em situações quotidianas e os hábitos de atividade física são preditores de um adequado funcionamento cognitivo e do bem-estar (Bandura, 1986; Feldberg & Stefani, 2002; Santos, 2002; McAuley, Jerome, Elavsky, Marquez & Ramsey, 2003; Fernández-Ballesteros, 2008; Lachman & Agrigoli, 2010; Silva & Laurent, 2010; Reigal & Videra, 2011; Silva, Farias, Olveira & Rabelo, 2012).

A autoeficácia na saúde tende a diminuir com a idade devido às mudanças e perdas surgidas no processo de envelhecimento que não se conseguem compensar (Fernández-Ballesteros, Díez-Nicolás, Caprara, Barbarenelli e Bandura, 2002, cit. in Fernández-Ballesteros, 2008; Lachman & Aguiroaei, 2010). As perdas de funcionalidade e de

capacidade física podem potencializar a situação de dependência, devido ao sentimento de vulnerabilidade e de necessitar ajuda nas AVD (Santos, 2005), assim como o medo às quedas (Rodrigues & Ruscalleda, 2009), reduzindo o sentido de autoeficácia e, em consequência, o bem-estar.

De este modo, os indivíduos que apresentam níveis adequados de saúde tendem a possuir níveis elevados de autoeficácia, permitindo ao indivíduo participar ativamente em atividades físicas, sociais e recreativas e, em consequência, possuir um elevado BEP (Silva, Farias, Oliveira, & Rabelo, 2012). Deste modo, a autoeficácia tem um papel de proteção das condutas prejudiciais para a saúde e de promoção da atividade física (Reigal & Videra, 2011), mediante dois mecanismos (Fernández-Ballesteros, 2008):

a) A percepção da autoeficácia, em termos, de crenças sobre os benefícios psicossociais e físicos dos comportamentos saudáveis, que vai permitir e motivar a adesão e continuidade dos comportamentos saudáveis (Silva & Laurent, 2010; Mc Auley, Jerome, Elavsky, Marquez & Ramsey, 2003). Neste sentido, os sujeitos que realizam condutas baseadas em auto-avaliações de eficácia tendem a envolver-se e a manter comportamentos e atividades que favorecem o bem-estar físico, por contrapartida quando as ações são feitas de forma precipitada, sem ter em conta as próprias capacidades, o bem-estar físico é inferior (Bandura, 1986, 1997).

b) A convicção para poder atuar de forma adequada em situações *stressantes*, mediante a utilização de estratégias adequadas de *coping* promovendo o bem-estar (Navarro, Bueno, Buz & Mayora, 2006; Fernández-Ballesteros, 2008). Sentir confiança das próprias capacidades para resolver problemas futuros proporciona uma maior adaptação e flexibilidade em situações futuras difíceis, considerando-se a autoeficácia como um fator protetor do bem-estar (Navarro, Bueno, Buz & Mayora, 2006).

Feldberg e Stefani (2002) sugerem que os indivíduos que apresentam uma elevada autoeficácia cognitiva, no que respeita à memória verbal, conseguem manter um maior desempenho e um maior rendimento nas tarefas que requerem estas funções, além possibilitar uma maior participação nas atividades cognitivas e recreativas, como por exemplo ler, pintar, ouvir a rádio, ver a televisão, jogos de tabuleiros, assistir a exposições de arte ou colecionar objetos. Atividades estas que, ao permitir a interação e informação sobre o contexto em o que o indivíduo vive, aumentam a satisfação vital, potenciam as relações sociais, a saúde mental e o BES e, em definitiva, promovem um envelhecimento com êxito.

Por outro lado, os indivíduos que apresentam níveis elevados em autoeficácia emocional, tendem a possuir uma maior capacidade para regular e expressar adequadamente as emoções em diferentes contextos, têm uma maior compreensão e gestão das relações interpessoais na vida quotidiana, promovendo o comportamento pró-social e as relações satisfatórias e o BES (Caprara, 2009).

4. A promoção do envelhecimento bem-sucedido em diferentes contextos

Para promover as políticas e programas de envelhecimento bem-sucedido que melhoram a saúde, a segurança e a participação, baseadas nos direitos, necessidades, preferências e capacidades dos idosos é necessário conhecer os modelos e indicadores do envelhecimento bem-sucedido, explicados nos capítulos anteriores. Neste capítulo definiremos e descreveremos os diferentes programas existentes, a nível nacional e internacional, para a promoção do envelhecimento bem-sucedido.

Os programas de promoção do envelhecimento bem-sucedido são criados a partir das orientações e diretrizes da OMS (2002), constituindo-se como uma oportunidade para promover a saúde, manter a forma física e mental, participar na vida local e prevenir a dependência (FEMP, 2007). Estes programas da OMS (2002) são de saúde, segurança e de participação.

Os programas de saúde têm o intuito de prevenir e reduzir a incapacidade, as doenças crónicas e a mortalidade, assim como reduzir os fatores de risco relacionados com as causas de doenças graves e promover os fatores de proteção através da formação e educação e a continuidade dos serviços sociais e as de saúde acessíveis.

Os programas de segurança pretendem assegurar a proteção, a segurança e a dignidade dos idosos através dos direitos e necessidades de segurança social, financeira e física, assim como reduzir as desigualdades sociais.

Os programas de participação tem o objetivo de proporcionar oportunidades de educação e aprendizagem ao longo do ciclo vital, reconhecendo e possibilitando a participação ativa em atividades de desenvolvimento económico, o trabalho formal e informal e as atividades de voluntariado, de acordo com as necessidades, preferências e capacidades individuais.

Os programas de aprendizagem ao longo da vida têm vindo a crescer progressivamente, sendo muito heterogéneos, comumente liderados por idosos e caracterizando-se por atividades sócio-educativas como formações, conferências, atividades intergeracionais, entre outros (IMSERSO, 2014). Dentro dos programas de

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

aprendizagem ao longo da vida, encontramos os programas comunitários e as Universidades da Terceira Idade (UTI).

Os projetos comunitários abordam temas relacionados com a saúde, atividade física, artesanato, teatro, entre outros, sendo desenvolvidos na comunidade e dirigidos a pessoas idosas (IMSERO, 2014). Mais especificamente, em Espanha estes programas são apoiados e desenvolvidos pelas autoridades estatais⁴ e municipais, assim como por outras instituições locais das quais são exemplo, as associações de vizinhos, culturais, recreativas, entre outras, departamentos desportivos, centros cívicos ou sindicatos.

Os estudos sobre o impacto dos programas comunitários têm vindo a revelar um aumento na saúde, redução dos riscos e níveis de dependência nas pessoas idosas e, em consequência, maior bem-estar (Wallace, Buchner, Grohaus, Leville, Tyl, LaCroix & Wagner, 1998; Cohen, Perlstein, Chapline, Kelly, Firth, & Simmens, 2006; Lutosa, Oliveira, Santaos, Guedes, Parentoni & Pereira, 2010; Nishiguchi, *et al.*, 2015).

Os programas comunitários de educação para a saúde relativos à prevenção de acidentes na própria residência, hábitos saudáveis relativos ao consumo de álcool e tabaco, exercício físico e alimentação, promovem a saúde e previnem a incapacidade, melhoram a adesão à participação na atividade física, sendo este um fator importante na manutenção da saúde e funcionamento físico (Wallace *et al.*, 1998).

Em relação aos programas comunitários que promovem uma atividade física não vigorosa nem intensa, como caminhadas, alongamentos e tonificação muscular melhoram o equilíbrio postural reduzindo as quedas (Lutosa *et al.*, 2010) e, por sua vez, uma atividade física e cognitiva melhora a memória e a função executiva, prevenindo o risco de demência (Nishiguchi *et al.*, 2015) e promovendo a independência da pessoa, reduzindo a morbilidade (Lutosa *et al.*, 2010) e produzindo efeitos positivos no BES (Nishiguchi, *et al.*, 2015). Os programas artístico-culturais comunitários tais como a pintura, a costura, o artesanato, a poesia e a escrita, contribuem para a promoção da saúde, reduzindo os fatores de risco, como a solidão e depressão, mantendo o nível de saúde e

⁴ Os programas nacionais são desenvolvidos pelo *Instituto de Mayores y Servicios Sociales* (IMSERO), com o intuito de melhorar a qualidade de vida e promover a autonomia. Os programas desenvolvidos são (IMSERO, 2014):

a) Os programas de turismo social têm o intuito de melhorar a qualidade de vida dos idosos, através da participação em viagens e atividades turísticas.

b) Os programas de termalismo social, com o objetivo de facilitar o acesso aos tratamentos termais a preços reduzidos, previamente prescritos facultativamente, para atuar de forma preventiva, curativa ou reabilitadora de doenças crónicas e incapacitantes contribuindo para melhoria da qualidade de vida.

c) Os programas alternativos à instituição, como a tele-assistência domiciliária básica e a ajuda domiciliária básica (IMSERO, 2014). A tele-assistência domiciliária é prestada através do telefone, para dar resposta imediata ante situações de emergência e prevenção do isolamento e solidão. A Ajuda domiciliária tem o objetivo dar resposta às necessidades da vida diária incrementando a autonomia, por exemplo, através da realização das ADV, a apoio na realização das necessidades domésticas e a atenção e apoio psicossocial.

minimizando os declínios e, em consequência, reduzindo o nível de dependência nas pessoas idosas (Cohen *et al.*, 2006).

As UTIs enquadram-se num contexto formal possuindo como objetivo potenciar a integração dos idosos no contexto sociocultural representando pela Universidade efavorecer a sua qualidade de vida através da atividade intelectual. As UTIs incluem uma vertente cultural que aumenta o acesso aos bens culturais e a promove atividades de cariz criativo, como o teatro, poesia, leitura e visitas a museus, lugares históricos, atividade física, e formação em disciplinas como psicologia, informática, sexualidade, entre outras (IMSERO, 2005; 2014). A primeira Universidade Sénior foi fundada em Toulouse, França, em 1973, com o intuito de aumentar a qualidade de vida dos idosos, através dos programas educativos. Em 1975 foi fundada a Associação Internacional de Universidades da Terceira Idade (AIUTA), com o objetivo de favorecer a criação e desenvolvimento das universidades para idosos no mundo. Este conceito expandiu-se pela Europa, Estados Unidos da América (EUA) e Canadá. Em 1985 a Universidade de Quebec passou a ter um programa curricular oferecido pelas Universidades (Lemieux, 1997, cit. in Moreno-Tello, 2009).

Em Espanha, as primeiras aulas de extensão de idosos⁵ foram criadas no ano de 1978, sendo que a maioria não estava relacionada com as universidades, enquadrando-se nos dentro dos programas culturais de tempos livres e aperfeiçoamento de conhecimentos, cujo objetivo era o de entreter e incentivar as relações sociais entre os idosos, além de oferecer estratégias de como intervir na resolução de problemas. Desde a década de 1980 à atualidade, as aulas de extensão passaram a ter programas estruturados, organizados e regulamentados, com um plano de estudos específico e, em suma, com todas as características formais próprias do contexto universitário (Moreno-Tello, 2009; Requejo-Osório & Cabral-Pinto, 2007). Atualmente, em Espanha, existem programas universitários na maioria das cidades, havendo 43 aulas de extensão com 41,509 alunos inscritos (AEPUM, 2015).

A Aula de Extensão da Universidade de Huelva (AEHU), foi criada em 1999 sob o lema “Atrévete a saber em qualquer idade”⁶, como um programa de desenvolvimento social, cultural e científico dirigido a pessoas maiores de 55 anos não inscritas no ensino superior. Os objetivos desta aula são os seguintes: 1) Formação integral a nível cognitivo

⁵ Tradução livre de *Aula de la Experiencia*. Nas aulas de idosos desenvolvem-se atividades de índole cognitiva e sociocultural. Noutros países são denominadas Universidades Sénior ou Universidades da Terceira Idade.

⁶ Tradução livre do lema original da AEHU, *Atrévete a saber a cualquier edad*.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

e afetivo-social; 2) Propiciar o acesso à cultura, especialmente relacionada com o património andaluz, para melhorar a sua qualidade de vida e fomentar o lazer; 3) Integrar os idosos na universidade para promover a sua formação integral, conhecimento atualizado e enriquecimento pessoal; 4) Favorecer o bem-estar e igualdade de oportunidades, mediante o acesso à informação sobre saúde, comunicação e orientação pessoal, familiar e social (Moreno Tello, 2009).

Um dos resultados alcançado com as UTIs têm sido a mudança nos estereótipos relativos ao envelhecimento e às pessoas idosas, e a redução dos sentimentos negativos, promovendo a auto-regulação emocional e o próprio crescimento pessoal, e por consequência, incrementando o bem-estar das pessoas (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2013). Outros estudos tem sugerido que as pessoas idosas das UTIs conseguem atualizar e adquirir novos conhecimentos e competências assim como complementar conhecimentos previamente adquiridos, estimulando o pensamento, além de criar e favorecer o estabelecimento de relações sociais o que permite atenuar o isolamento na velhice, estimular o sentimento de atividade, aumentar a percepção de autoeficácia, autoestima e o bem-estar dos idosos (Pérez-Albeñiz *et al.*, 2015; Irigay & Schneider, 2008; Requejo-Osório & Cabral-Pinto, 2007).

Após analisarmos o envelhecimento bem-sucedido e fatores preditores do mesmo, elencando os seus conceitos principais e delineando a sua relação com a autoeficácia, autoestima e o bem-estar psicológico na velhice passaremos a descrever os objetivos e hipóteses do presente estudo.

Capítulo II.
Objetivos e hipóteses de investigação

II – OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Após a revisão da literatura, definimos como objetivo geral do estudo conhecer os níveis, relações e diferenças entre os grupos de idosos não dependentes ao nível da autoeficácia, autoestima e bem-estar psicológico.

1. Objetivos específicos e hipóteses:

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico de uma amostra de idosos não dependentes que frequentam a aula de extensão e outra de idosos que não a frequentam;

H1 - Os idosos da *Aula de Extensión de la Univerisdad de Huelva* (AEHU) apresentarão um maior nível educativo, laboral, de saúde e de atividade física e formal;

2. Analisar, em função do grupo de idosos, as diferenças significativas nos níveis de autoeficácia, autoestima e bem-estar psicológico;

H2_a - Os idosos da AEHU apresentarão níveis superiores de autoestima.

H2_b – Os idosos da AEHU apresentarão níveis superiores de autoeficácia.

H2_c - Os idosos da AEHU apresentarão níveis superiores bem-estar psicológico;

3. Analisar os factores que predizem a autoeficácia.

H3_a – A saúde percebida será um preditor da autoeficácia.

4. Examinar as relações existentes entre a autoeficácia, autoestima, bem-estar psicológico e variáveis sócio-demográficas;

H4_a – Existirão relações positivas e significativas entre a autoestima, autoeficácia e bem-estar psicológico.

H4_b - A autoestima será uma variável mediadora entre a autoeficácia e o bem-estar psicológico.

Capítulo III.
Metodologia

III- METODOLOGIA

Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo com um desenho transversal de plano descritivo e correlacional⁷. Permite-nos avaliar as relações existentes entre as variáveis e quantificá-las, sem poder estabelecer inferências causais entre as mesmas (Alferes, 1997).

Participantes

Para a concretização dos objetivos desta investigação, constituímos uma amostra por conveniência ou intencional, sendo os critérios subjacentes à constituição da amostra os seguintes: 1) ter idade igual ou superior a 60 anos de idade⁸; 2) ser residente no concelho de Huelva e 3) ser não dependente⁹. Neste estudo, seguindo os critérios anteriormente referidos, participaram 148 idosos maiores de 60 anos, não dependentes e residentes no concelho de Huelva, em Espanha. Desta amostra, 76 idosos eram procedentes da comunidade¹⁰ (51,40%), e os restantes 72 eram da AEUH (48,60%). A maioria eram mulheres, 75 (51,0%) e 72 eram homens (49,0%), com idades compreendidas entre os 60 e 96 anos, com uma idade média total de 70,34 anos ($DP = 7,41$).

Instrumentos

Questionário de dados sócio-demográficos e familiares.

Foi contruído um questionário *ad-hoc* que permitiu recolher a seguinte informação sobre os participantes: idade, sexo, estado civil, nível de estudos; onde e com quem vive;

⁷ Trata-se de um estudo correlacional por não haver manipulação das variáveis independentes (autoeficácia, autoestima e bem-estar psicológico) e por não existir controlo dos fatores classificatórios (variáveis associadas a diferenças individuais) através da aleatoriedade, sendo a amostra construída por grupos naturais.

⁸ Embora a revisão da literatura expresse que a idade adulta avançada começa nos 65 anos, o projecto de investigação e o questionário decorrente considera pessoas maiores de 60 anos.

⁹ Quando falamos de idosos não dependentes referimo-nos aquelas pessoas que não possuem doenças graves ou demências necessitando de apoio e ajuda de outros para atividades de vida diária. Embora possam apresentar alguns problemas, são de pouca gravidade e estes são autónomos e independentes e abordam a velhice tratando de se manter ativos e implicados no seu contexto social.

¹⁰ Idosos do concelho de Huelva e idosos voluntários e utentes da Cruz Vermelha Espanhola de Huelva, pertencentes pontualmente aos programas de envelhecimento saudável (assistência domiciliária, escola de avós, formações e oficinas de envelhecimento ativo, atividades de seguimento médico como a monitorização de pressão arterial e nível de glicémia). Estes idosos não eram estudantes da Universidade de Huelva.

número de filhos, de netos e nível de contacto familiar e situação laboral anterior e atual e profissão.

Questionário breve por itens da *Batería Mínima de Evaluación en la Vejez (BEV)* de Fernández-Ballesteros, Reig e Zamarrón (2009).

Questionário composto por 7 itens da BEV de Fernández-Ballesteros, Reig e Zamarrón (2009) que recolhe informação sobre o nível de autonomia, saúde, atividade física, atividades de cuidados informais e atividades na comunidade, como as atividades recreativas, cognitivas¹¹ e de voluntariado.

O nível de autonomia foi avaliado por dois itens e recolhe informação sobre a necessidade, tipo e frequência de ajuda nas actividades da vida diária (v.g., “*Habitualmente, conta com o apoio ou ajuda de alguma pessoa para atividades quotidianas como a limpeza da casa, a comida...?*”). O estado de saúde percebido foi avaliado por três itens (v.g., “*No geral, diria que sua saúde é:*”; “*Em comparação com o ano passado, como é sua saúde?*”). A atividade física foi avaliada por um item (“*Como descreveria a sua atividade física durante o último ano?*”), permitindo a recolha de informação sobre o tipo de exercício físico que a pessoa realizava, regularidade e frequência do mesmo, medido em horas por semana.

Relativamente às atividades de cuidados informais, este questionário proporcionou também a recolha de informação sobre o nível de responsabilidade (primário, secundário, ocasional ou nenhuma) nas tarefas de cuidado relativamente a outras pessoas, como o parceiro, pessoa idosa ou netos (“*Muitas pessoas da sua idade dedicam uma parte do seu tempo a ocupar-se do cuidado e à atenção de outras pessoas da sua família. No seu caso, qual é o grau de implicação ou responsabilidade no cuidado de outras pessoas?*”). As questões das actividades formais permitiram recolher informação sobre a implicação e participação em actividades comunitárias voluntárias, recreativas e/ou cognitivas (v.g., “*Participa habitualmente em actividades desenvolvidas desde associações, voluntariado, programas educativos, etc.?*”).

***Escala de Autoeficacia para Envelhecer* (Fernández-Ballesteros et al., 2009).**

Esta escala avalia o controlo do processo de envelhecimento estando constituída por dez itens, apresentados numa escala de quatro pontos (1= nada; 2=, 3= e 4= muito).

¹¹ Quando falamos de atividades cognitivas referimo-nos aquelas atividades de estimulação cognitiva ou aquelas que requerem funções cognitivas como a poesia e a escrita.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

A pontuação total varia entre 10 e 40. Apresenta quatro dimensões: Saúde, itens 1 e 6, (v.g., “*Perante um problema de saúde, creio que o poderei resolver*”), Cognitivo, itens 3 e 9, (v.g., “*Penso que poderei manter o meu rendimento intelectual como até agora*”), Físico/funcional, itens 4, 8, 10, (v.g., “*Creio que vou ser capaz de ser independente*”) e Sócio-emocional, itens 2, 5, 7, (i.e., “*Se tiver um problema nas minhas relações com a família ou amigos serei capaz de resolvê-lo*”). O estudo original (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2009) indica um adequado índice de validade, com um alfa de Cronbach de 0,84. Na presente investigação, este instrumento evidenciou adequados níveis de validade, com $\alpha = 0,91$ total, para a subescala de saúde $\alpha = 0,63$, cognitivo $\alpha = 0,62$; físico/funcional $\alpha = 0,81$ e sócio-emocional $\alpha = 0,69$.

Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).

Criada inicialmente por Rosenberg para a avaliação da autoestima em adolescentes, esta escala avalia a satisfação que uma pessoa possui em relação a si mesma (v.g., “*Sinto-me uma pessoa tão valiosa como as outras*”; “*Creio que tenho algumas qualidades boas*”; “*No geral, sinto-me satisfeito comigo mesmo*”). É composta por dez itens, apresentados numa escala de quatro pontos (1 = muito de acordo, 2 = de acordo, 3 = em desacordo, 4 = totalmente em desacordo) e formulados em positivo e negativo. Para a sua correção, devem inverter-se as pontuações dos itens enunciados negativamente (2, 5, 8, 9, 10) e posteriormente somar as pontuações positivas. A pontuação total tem uma amplitude que varia entre os 10 e os 40 pontos. A versão espanhola apresenta níveis elevados de consistência interna entre 0,80 e 0,87 (Atienza, Moreno & Balaguer, 2000; Baños & Guillén, 2000; Vázquez, Jiménez & Vázquez-Morrejón, 2004). A análise da fiabilidade da escala no presente estudo revelou valores aceitáveis $\alpha = 0,74$.

Escalas de Bem-estar Psicológico (*Psychological Well-Being Scales*) – Versão espanhola breve (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Kiménez, Gallardo, Valle, & van Dierendonck, 2006).

A Escala de Bem-estar Psicológico, proposta por Ryff (1989) e adaptada numa versão breve à população espanhola por Díaz e colaboradores (2006), avalia o bem-estar psicológico com 29 questões, numa escala de seis pontos (de 1=totalmente em desacordo a 6=totalmente de acordo), distribuídas por seis subescalas: Aceitação de si, itens 1-7-17-24 (v.g., “*Quando revejo a história da minha vida estou contente como têm resultado as coisas*”); Relações positivas, itens 2-8-12-22-25 (v.g., “*Muitas vezes sinto-me só porque*

tenho poucos amigos íntimos com quem partilhar minhas preocupações”); Autonomia, itens 3-4-13-18-23 (v.g., *“Não tenho medo de expressar as minhas opiniões, inclusive quando são opostas à da maioria das pessoas”*); Domínio do meio, itens 5-10-14-19-29 (v.g., *“Custa-me organizar a minha vida de uma forma que me resulte satisfatória”*); Crescimento pessoal, itens 21-26-27-28 (v.g., *“No geral, com o tempo sinto que continuo a aprender mais sobre mim próprio”*) e Objetivos de vida, itens 6-11-15-16-20 (v.g., *“Desfruto ao fazer planos para o futuro e trabalhando para torna-los realidade”*). Na versão breve, os níveis de consistência interna das subescalas aumentaram os da versão original, variando entre 0,70 e – 0,74. No presente estudo, a análise da fiabilidade evidenciou um valor total adequado ($\alpha = 0,86$) e valores adequados para as subescalas que a compõem, de aceitação de si ($\alpha = 0,80$) e objetivos de vida ($\alpha = 0,82$), não tendo sido considerados aceitáveis os índices das subescalas autonomia ($\alpha = 0,41$); domínio do meio ($\alpha = 0,48$); crescimento pessoal ($\alpha = 0,53$); relações positivas ($\alpha = 0,26$).

Procedimentos

A recolha de dados realizou-se através de um protocolo intitulado “Circunstâncias Vitais e Bem-estar nas Pessoas Idosas”, que incluía as medidas acima descritas, de acordo com o seguinte procedimento: Em primeiro lugar contactámos com as instituições para solicitar sua participação, no que concerne à CRE de Huelva, em conjunto com os técnicos seleccionamos os idosos não dependentes da base de dados de utentes e voluntários maiores de 60 anos e solicitamos autorização aos técnicos responsáveis dos projetos para fazer a recolha em vários dias. Uma vez concertados os dias de entrevista¹² com os idosos, informámos sobre a colaboração voluntária, os objectivos da investigação e a confidencialidade e anonimato das respostas. Os questionários foram aplicados por entrevista que durou aproximadamente 45 minutos, No que concerne à UHU os questionários foram preenchidos pelos participantes num só dia, previamente concertado.

Plano de análise

Os dados recolhidos foram analisados através do programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), através de análises específicas, segundo as variáveis, os seus níveis e relações. Em primeiro lugar, descrevemos os dados relativamente às características gerais dos participantes, nomeadamente os dados sócio-demográficos, e

¹² A maioria dos idosos comunitários não eram escolarizados e não conseguiam ler e/ou compreender as perguntas para a realização do questionário de modo auto-aplicável.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

dos instrumentos utilizados. Para as variáveis quantitativas foram feitas análises descritivas utilizando a média, mediana, máximo, mínimo e desvio padrão. Para as variáveis nominais apresentamos o tamanho da amostra e distribuição de percentagens. Seguidamente analisamos as associações entre as várias variáveis sócio-demográficas e autoeficácia, autoestima e bem-estar subjectivo e respectivas subescalas. O coeficiente *r* de *Pearson* foi realizado quando eram utilizadas variáveis quantitativas e o coeficiente *r* de *Spearman* quando eram variáveis qualitativas. Seguidamente apresentamos as comparações intergrupo, realizando o teste *T-student*, para testar as diferenças significativas entre os idosos nas dimensões avaliadas. Por último, realizamos uma regressão linear com o intuito de analisar e determinar as variáveis que predizem a autoeficácia e o valor explicativo das mesmas.

Capítulo IV.

Resultados

IV – RESULTADOS

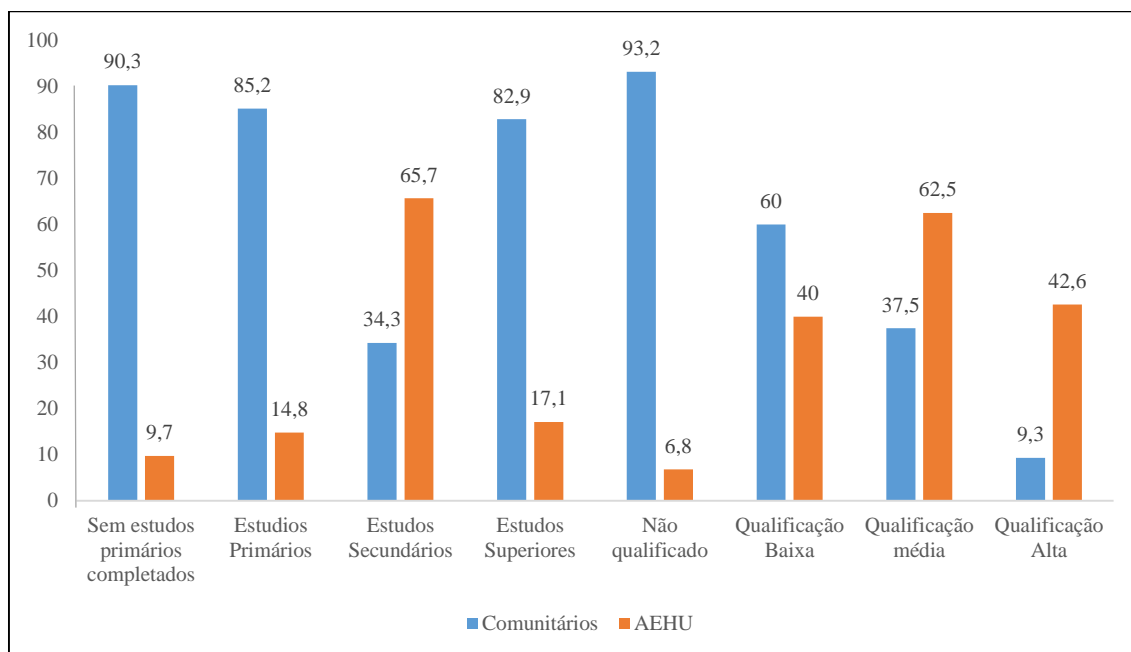
1. Caracterização dos participantes

Relativamente às características gerais dos sujeitos, a maioria dos idosos eram casados (71,0%) sendo a média de anos de relação matrimonial de 41,02 anos ($DP = 13,02$; amplitude = 1- 61), seguidos de viúvos (14,50%) e numa minoria solteiros (11,0%) e separados e ou divorciados (3,40%). A maioria dos participantes residia num município que não o de nascimento (55,78%), em média, há 37,80 anos ($DP = 15,49$; amplitude = 2 - 72), vivendo na sua própria casa com seu parceiro (53,52%), com algum familiar (20,42%), o qual se verificou ser, em termos de moda, os filhos, ou sozinho na sua própria casa (23,94%).

Desta amostra, 76 idosos eram procedentes da comunidade, dos quais 45 (60%) eram mulheres e 31 (43,05%) eram homes, e os restantes 72 eram da AEUH dos quais 30 (40%) eram mulheres e 41 (56,94%) eram homes. Os idosos comunitários possuíam um nível de estudos baixo, sem estudos primários completados (37,33%) e com o ensino primário completado (30,66%), sendo poucos os que tinham finalizado o ensino secundário (16,00%), possuindo uma atividade laboral não qualificada (54,66%), seguidos de uma qualificação média (24,00%) e baixa (12,00%), trabalhando até a idade da reforma (38,15%), sendo oito idosos ativos laboralmente (10,52%), As mulheres realizavam trabalhos não qualificados (72,72%), sendo donas de casa ou executando trabalhos não remunerados, como costureira, limpadora ou cuidadora, em contrapartida, os idosos da AEHU, possuíam um elevado nível de habilitações académicas, havendo concluído o ensino superior (40,84%) e o ensino secundário (32,39%), havendo possuído uma atividade laboral¹³ de qualificação alta (42,64%) e média (44,11%) e trabalhando praticamente até a idade da reforma (76,05%) e atualmente seguem trabalhando três pessoas (4,22%), ver figura 3.

¹³ No que concerne ao nível de atividade laboral fazemos diferenças entre: 1) trabalhos para os quais não é necessária nenhuma qualificação, v.g. limpeza, cuidados, costureira, entre outros; 2) qualificação baixa, aquelas que requer certas habilidades, competências ou conhecimentos v.g. secretária, cabeleireira; 3) Qualificação média v.g. mecânico, electricista; 4) Qualificação alta trabalhos para os que são necessários uma formação específica v.g. professor, médico, advogado, químico, engenheiro.

Figura 4. Nível Educativo e qualificação profissional por grupos.



No que concerne ao nível de atividade física, a maioria dos participantes realizavam uma atividade física com uma frequência superior a 3 horas por semana. Os idosos comunitários realizam uma atividade de menor intensidade, sendo pouca e não regular (34,21%) e regular ligeira (39,47%), praticando os idosos da AEHU uma atividade regular ligeira (61,11%) e moderada (27,77%), ver tabela 1.

Tabela 1. Descritivos da variável nível e frequência da atividade física.

	Nível da atividade Física					Frequência horas/semana		
	Nenhuma	Pouca/não regular	Ligeira	Moderada	Intensa	1-2	2-3	>3
Comunitários	6,57%	34,21%	39,47%	17,10%	2,63%	13,95%	23,25%	62,79%
AEHU	4,16%	4,16%	61,11%	27,77%	2,77%	22,80%	26,31%	50,87%

Relativamente à atividade formal¹⁴, os idosos comunitários na sua maioria não realizam nenhuma atividade (71,05%), realizando os idosos da AEHU uma ou mais atividades. No que respeita à atividade de cuidado, a maioria dos idosos, tanto comunitários (68,1%) como da AEHU (55,6%), não realiza ou ocasionalmente realiza uma atividade de cuidado.

¹⁴ Referimo-nos as atividades formais, aquelas atividades recreativas, cognitivas e de voluntariado. Devido à natureza do grupo de idosos da aula da extensão da UHU, realizam no mínimo uma atividade cognitiva.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

No que concerne aos resultados da avaliação das dimensões do estudo, possuíram um resultado médio de 26,36 na autoeficácia ($DP = 5,70$, amplitude = 10 - 38), de 31,34 na autoestima ($DP = 4,20$, amplitude = 18-40) e nas sub-dimensões do bem-estar psicológico de Ryff, uma pontuação média de 19,30 ($DP = 3,35$; amplitude = 9 - 24) na aceitação de si; 19,76 nas relações positivas ($DP = 3,66$; amplitude = 6 - 28); 25,57 ($DP = 4,66$; amplitude = 11 - 36) na autonomia; 22,16 ($DP = 3,90$; amplitude = 8 - 30) no domínio do meio; 18,67 ($DP = 3,20$; amplitude = 8 - 24) no crescimento pessoal; e 18,80 ($DP = 3,72$; amplitude = 6 - 24) no objetivos de vida., ver tabela 2.

Tabela 2. Descritivos das escalas utilizadas.

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Autoeficácia total	26,36	5,70
Autoestima	31,34	3,76
BEP aceitação de si	19,30	3,35
BEP relações positivas	19,76	3,66
BEP autonomia	25,57	4,66
BEP domínio do meio	22,16	3,9
BEP crescimento pessoal	18,67	3,20
BEP objetivos de vida	18,80	3,72

2. Relações entre a autoeficácia, autoestima, bem-estar psicológico e variáveis sócio-demográficas

Depois de uma análise das características dos participantes e pontuações gerais das escalas, analisaremos as relações mais significativas entre as variáveis do estudo, através do teste de correlação de Pearson, para variáveis quantitativas, e Spearman, para variáveis qualitativas.

Na tabela 3 podemos observar uma correlação moderada positiva entre o trabalho e a atividade formal ($r = 0,42$; $p < 0,001$), correlações fracas negativas entre a idade e o nível educativo, o tipo de trabalho, saúde percebida, o nível de atividade física e atividade formal. Existindo correlações fracas positivas entre a saúde percebida e o nível educativo, tipo de trabalho, nível de atividade física e atividade formal; e relações entre o nível de atividade física e o nível educativo, tipo de trabalho e atividade formal.

Tabela 3. Correlações entre as variáveis sócio-demográficas.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Idade	-	,149	-,188*	-,204*	-,356***	-,277**	-,157	-,349***
2. Estado Civil		-	-,030	-,050	,008	-,113	-,175	,033
3. Nível Educativo			-	,847***	,285***	,222**	-,063	,394***
4. Qualificação Profissional				-	,317***	,248**	-,043	,423***
5. Saúde percebida					-	,378***	,050	,365***
6. Atividade Física						-	-,057	,274**
7. Atividade Informal							-	,159
8. Atividade Formal								-

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p < 0,001$

No que respeita das variáveis da *autoeficácia* (cf. Tabela 4), observámos correlações fortes positivas entre as sub-dimensões da escala e o total; correlações moderadas positivas entre a atividade física e o autoeficácia cognitiva ($r = ,404$; $p = ,000$) e o autoeficácia total ($r = ,399$; $p = ,000$); a saúde percebida e autoeficácia físico/funcional ($r = 0,47$; $p = ,000$) e autoeficácia total ($r = 0,45$; $p = ,000$). Por último, correlações fracas entre a atividade física e a autoeficácia da saúde ($r = 0,32$; $p = ,000$), autoeficácia físico/funcional ($r = ,330$; $p = ,000$), autoeficácia sócio-emocional ($r = 0,30$; $p = ,001$); a saúde percebida e autoeficácia da saúde ($r = ,365$; $p = ,000$), autoeficácia cognitiva ($r = ,322$; $p = ,000$), e autoeficácia sócio-emocional ($r = ,377$; $p = ,000$) e correlações fracas negativas com a idade e todas as sub-dimensões da escalas e o total.

No que concerne à *autoestima* (cf. Tabela 4), observámos correlações fracas positivas com a saúde percebida ($r = ,243$; $p = ,003$).

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

Tabela 4. Correlações entre as variáveis sócio-demográficas, a autoeficácia e autoestima.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	-	,149	-,188*	-,204*	-,356***	-,277**	-,157	-,349***	,089	-,365***	-,304***	-,314***	-,290***	-,394**
2		-	-,030	-,050	,008	-,113	-,175	,033	,008	,139	-,179*	,008	,117	-,019
3			-	,833***	,285**	,222**	-,063	,394***	-,109	,123	,090	,116	,086	,132
4				-	,317***	,248**	-,043	,423***	-,081	,188*	,067	,140	,109	,158
5					-	,378***	,050	,365***	,243**	,365***	,322***	,471***	,377***	,448***
6						-	-,057	,274**	,161	,324***	,404***	,330***	,294**	,399***
7							-	,159	-,068	,074	,092	,157	,077	,112
8								-	-,053	,267**	,113	,216*	,229**	,238**
9									-	,293***	,243**	,241**	,223**	,287**
10										-	,583***	,628***	,739***	,835***
11											-	,738***	,622***	,838**
12												-	,674***	,897***
13													-	,888***
14														-

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p < 0,001$

A numeração acima indicada corresponde ao seguinte: 1. Idade; 2. Estado civil; 3. Nível educativo; 4. Qualificação profissional; 5. Saúde percebida; 6. Atividade física; 7. Atividade informal; 8. Atividade formal; 9. Autoestima; 10. Autoeficácia da saúde; 11. Autoeficácia cognitiva; 12. Autoeficácia Físico/funcional; 13. Autoeficácia Socioemocional; 14. Autoeficácia Total.

Relativamente às dimensões do bem-estar psicológico (cf. Tabela 5) observámos correlações fortes positivas entre a sub-escala de aceitação de si e domínio do meio ($r = ,626$; $p = ,000$) e objetivos de vida ($r = ,790$; $p = ,000$); e na sub-escala de domínio do meio relações com o objetivos de vida ($r = ,670$; $p = ,000$). Observámos correlações moderadas positivas entre a aceitação de si e a autonomia ($r = ,504$; $p = ,000$), e o crescimento pessoal ($r = ,571$; $p = ,000$); a autonomia e domínio do meio ($r = ,502$; $p = ,000$); domínio do meio e crescimento pessoal ($r = ,475$; $p = ,000$); crescimento pessoal e objetivos de vida ($r = ,582$; $p = ,000$); e correlações fracas positivas entre a atividade física e o domínio do meio ($r = ,316$; $p = ,000$) e o objetivos de vida ($r = ,307$; $p = ,00$); a saúde percebida as sub-escalas do bem-estar psicológico excepto com a sub-escala de autonomia.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

Tabela 5. Correlações entre as variáveis sócio-demográficas e o bem-estar psicológico.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	-	,149	-,188*	-,204*	-,356***	-,277**	-,157	-,349***	,082	-,159	,130	-,074	-,057	-,184*
2		-	-,030	-,050	,008	-,113	-,175	,033	-,064	,042	,088	-,009	,073	-,116
3			-	,847***	,285***	,222**	-,063	,394***	-,039	,176*	,025	,175*	,052	,101
4				-	,317***	,248**	-,043	,423***	-,012	,200*	-,013	,200*	,110	,168
5					-	,378***	,050	,365***	,181*	,199*	,147	,367***	,221**	,326***
6						-	-,057	,274**	,221*	,171	,141	,316***	,113	,307***
7							-	,159	-,146	-,028	-,126	-,076	,101	,070
8								-	-,049	,168	,016	,027	,054	,091
9									-	,199*	,504***	,626***	,571***	,790***
10										-	,188*	,353***	,302***	,270**
11											-	,502***	,252***	,379***
12												-	,475***	,670***
13													-	,582***
14														-

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p < 0,001$

A numeração acima indicada corresponde ao seguinte: 1. Idade; 2. Estado civil; 3. Nível educativo; 4. Qualificação profissional; 5. Saúde percebida; 6. Atividade física; 7. Atividade informal; 8. Atividade formal; 9. BEP aceitação de si; 10. BEP Relações positivas; 11. BEP Autonomia; 12. BEP Domínio do meio; 13. BEP Crescimento pessoal; 14. BEP Objetivos de vida.

Seguidamente, analisámos as relações entre as diferentes dimensões, autoestima, autoeficácia e bem-estar psicológico (cf. Tabela 6). Verificamos que autoestima está correlacionada positivamente com as dimensões do bem-estar psicológico, sendo correlações moderadas com as subescalas de a aceitação de si, domínio do meio, objetivos de vida e autonomia e fracas entre a autoestima e relações positivas e crescimento pessoal. Também a autoestima se relacionou fraca e positivamente com as dimensões da autoeficácia. As correlações entre as dimensões da autoeficácia e as dimensões do bem-estar subjetivo foram positivas.

Tabela 6. Correlações entre as dimensões, autoeficácia, autoestima e o bem-estar psicológico.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	-	,583***	,628***	,739***	,835***	,293***	,363***	,050	,306***	,425***	,273**	,471***
2		-	,738***	,622***	,838***	,243**	,318***	,100	,267**	,470***	,236**	,431***
3			-	,674***	,897***	,241**	,248**	,162	,185*	,431***	,298**	,365***
4				-	,888***	,223**	,344***	,171	,235**	,408***	,311***	,466***
5					-	,287**	,381***	,164	,259**	,521***	,330***	,514***
6						-	,574***	,221**	,460***	,529***	,351***	,516***
7							-	,199*	,504***	,626***	,571***	,790***
8								-	,188*	,353***	,302***	,270**
9									-	,502***	,252**	,379***
10										-	,475***	,670***
11											-	,582***
12												-

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p < 0,001$

A numeração acima indicada corresponde ao seguinte: 1. Autoeficácia da saúde; 2. Autoeficácia cognitiva; 3. Autoeficácia Físico/funcional; 4. Autoeficácia Socioemocional; 5. Autoeficácia Total; 6. Autoestima; 7. BEP aceitação de si; 8. BEP Relações positivas; 9. BEP Autonomia; 10. BEP Domínio do meio; 11. BEP Crescimento pessoal; 12. BEP Objetivos de vida.

Por último, realizámos uma correlação parcial entre a autoeficácia e o bem-estar psicológico controlando o efeito da autoestima para explorar a e identificar os possíveis efeitos da autoestima como variável mediadora. No primeiro momento realizámos uma regressão simples e múltipla (cf. Tabela 7) entre as variáveis para conhecer a variância explicada, e posteriormente, as correlações parciais (cf. Tabela 8) e teste de Sobel¹⁵ para testar a significancia do efeito.

As correlações parciais entre a autoeficácia e as sub-dimensões do bem-estar psicológico diminuíram, realçamos a mudança na relação entre a autoeficácia e autonomia ($r_{parcial} = ,15$; $p > ,05$), sendo significativa quando o efeito da autoestima não estava controlado ($r = ,26$; $p \leq ,01$).

As relações entre as sub-dimensões do bem-estar psicológico diminuíram, realçamos as correlações que passaram a não ser significativas, a relação entre a aceitação de si e relações positivas ($r_{parcial} = ,08$; $p > ,05$); entre as relações positivas e o objetivos de vida ($r_{parcial} = ,15$; $p > ,05$); entre a autonomia e as relações positivas ($r_{parcial} = ,10$; $p > ,05$), o crescimento pessoal e a autonomia ($r_{parcial} = ,17$; $p > ,05$); e a autonomia e objetivos de vida.

¹⁵ Para calcular a significancia do efeito utilizamos o calculador on-line: <http://people.ku.edu/~preacher/sobel/sobel.htm>

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

Tabela 7. Regressões simples e múltipla das variáveis em estudo.

	β	R ² (regressão)	R ² (C.parcial)	Gl	F	p
AEE – AE (regressão simples)	,287	,083		1/124	11,167	,001
AEE – BEP (regressão simples)						
BEP aceitação de si	,38	,14	,07	1/117	19,83	,000
BEP relações positivas	,16	,03	,01	1/117	3,24	,075
BEP autonomia	,26	,07	,02	1/116	8,31	,005
BEP domínio do meio	,52	,27	,19	1/116	43,14	,000
BEP crescimento pessoal	,33	,11	,06	1/117	14,30	,000
BEP objetivos de vida	,51	,26	,20	1/117	42,09	,000
AEE – AE – BEP (regressão múltipla)						
BEP aceitação de si		,36		2/116	33,15	,000
BEP relações positivas		,15		2/116	10,62	,000
BEP autonomia		,23		2/115	17,18	,000
BEP domínio do meio		,29		2/115	25,51	,000
BEP crescimento pessoal		,19		2/116	13,58	,000
BEP objetivos de vida		,26		2/116	21,67	,000

Tabela 8. Correlações parciais entre a autoeficácia e bem-estar psicológico, com a autoestima como variável mediadora.

	1	2	3	4	5	6	7	
Autoestima	1.	-	,261**	,099	,151	,437***	,256**	,447***
	2.		-	,076	,320***	,465***	,470***	,710***
	3.			-	,099	,279**	,236*	,147
	4.				-	,310**	,090	,172
	5.					-	,351***	,533***
	6.						-	,493***
	7.							-

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p < 0,001$

A numeração acima indicada corresponde ao seguinte: 1. Autoeficácia Total; 2. BEP aceitação de si; 3. BEP Relações positivas; 4. BEP Autonomia; 5. BEP Domínio do meio; 6. BEP Crescimento pessoal; 7. BEP Objetivos de vida.

3. Diferenças entre os grupos de participantes.

Exponemos as diferenças significativas entre os grupos de idosos relativamente às características sócio-demográficas e dimensões do estudo, autoeficácia, autoestima e bem-estar psicológico, analisadas mediante testes paramétricos como o teste qui-quadrado, para variáveis qualitativas, e o teste *T-student*, para as variáveis quantitativas.

Através dos teste de *qui-quadrado* (Tabela 9) e *t-student* (Tabela 10) observamos diferenças significativas entre os grupos relativamente ao nível educativo ($\chi^2 = 54,14$; $p = ,000$) e qualificação profissional ($\chi^2 = 49,64$; $p = ,000$), saúde percibida ($t = 3,838$; $gl = 146$; $p = ,000$), atividade física ($t = 2,61$; $gl = 135$; $p = ,010$) e formal ($t = 11,900$; $gl = 138$; $p = ,000$), sem existir diferenças significativas relativas à atividade de cuidado ($t = 1,42$; $gl = 110,07$; $p = ,159$), observando-se um grande tamanho do efeito¹⁶. Portanto, o grupo A¹⁷ de idosos apresenta maiores habilitações literárias e, igualmente, um maior nível de qualificações profissionais, maiores níveis de saúde percibida e uma maior participação em atividades formais, assim como maior participação em atividades físicas ligeiras e moderada.

Tabela 9. Comparação entre grupos relativas ao nível educativo e qualificação profissional.

	N	Grupo A		Grupo B		χ^2	p	V
		fa	fa	fa	fa			
Nível Educativo	146	75	71	54,14	,000	0,609		
Tipo de Trabalho	143	75	68	49,64	,000	0,589		

Tabela 10. Comparações de médias entre grupos relativas ao nível da saúde percibida, atividade física, de cuidados e formal.

	Grupo A		Grupo B		T	p	d
	M	DP	M	DP			
Saúde percibida	9,97	1,54	8,88	1,89	3,84	,000	,63
Atividade Física	5,00	2,76	3,72	2,94	2,61	,010	,44
Atividade Cuidados	1,44	,50	1,32	,47	1,42	,158	,24
Atividade Formal	1,52	,62	,33	,55	11,90	,000	2,4

Relativamente aos resultados da escala da autoeficácia, no que se refere ao grupo A, obtiveram um resultados médio total de 27,53 ($DP = 4,78$) e para as sub-escalas de saúde um resultado médio de 5,97 ($DP = 1,193$), cognitivo 4,98 ($DP = 1,09$), físico-funcional

¹⁶ Níveis do tamanho do efeito, V de Cramer: Insignificante = $V < 0,10$; Pequeno = $V \geq 0,10 - V \leq 0,30$; Moderado = $V > 0,30 - V \leq 0,50$; Grande = $V > 0,50$.

¹⁷ Lembramos ao leitor que o grupo A está composto pelo grupo da aula da extensão da Universidade de Huelva, e o grupo B, o grupo de idosos comunitários.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

7,94 ($DP = 1,77$) e sócio-emocional 8,75 ($DP = 1,85$). O grupo B as médias foram um pouco mais baixas, para a autoeficácia total um resultado médio de 25,39 pontos ($DP = 6,231$) e para as sub-escalas de saúde um resultado médio de 5,48 ($DP = 1,324$), cognitivo 4,77 ($DP = 2,24$), físico-funcional 7,28 ($DP=2,34$) e sócio-emocional 8,03 ($DP = 1,93$). Através do teste de *t-Student* observamos diferenças significativas entre os grupos no que respeita no factor da autoeficácia total ($t = 2,175$; $gl = 123,373$; $p = ,032$) e nas sub-escalas de saúde ($t = 2,296$; $gl = 138$; $p = ,023$) e sócio-emocional ($t = 2,264$; $gl = 139$; $p = ,025$), podem ser consultados na Tabela 9, obtivendo pontuações mais elevadas no grupo de idosos da AEHU, observando-se tamanhos do efeitos pequenos¹⁸.

No que respeita à dimensão de autoestima, no grupo A verificamos uma pontuação média de 30,28 ($DP = 3,76$) e no grupo B observamos uma pontuação média de 32,34 ($DP = 4,36$). Utilizando o teste *T-student* (cf. Tabela 11) verificamos diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos ($t = -3,091$; $gl = 144,734$; $p = ,002$) e observando-se um tamanho do efeito pequeno, sendo as pontuações mais elevadas no grupo B.

Tabela 11. Comparações de médias entre grupos relativas ao nível de autoeficácia e autoestima.

	Grupo A		Grupo B		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Autoeficácia saúde	5,97	1,19	5,48	1,32	2,30	,023	,27
Autoeficácia cognitivo	4,98	1,09	4,77	1,38	1,01	,316	,17
Autoeficácia Físico Funcional	7,94	1,77	7,28	2,34	1,85	,670	,32
Autoeficácia sócio-emocional	8,75	1,85	8,03	1,93	2,26	,025	,38
Autoeficácia total	27,53	4,78	25,39	6,23	2,17	,032	,28
Autoestima	30,28	3,76	32,36	4,36	-3,09	,002	-,51

Quanto aos valores médios alcançados nas sub-dimensões da escala do bem-estar psicológico de Ryff, no que concerne ao grupo A, na sub-escala de aceitação de si apresentou valores médios 19,02 ($DP = 3,09$), relações positivas 20,32 ($DP = 3,03$), autonomia 25,07 ($DP = 4,01$), domínio do meio 22,27 ($DP = 3,85$), crescimento pessoal 18,87 ($DP = 2,939$), e objetivos de vida 19,11 ($DP = 3,59$). No grupo B, apresentaram nas sub-escalas valores médios 19,55 ($DP = 3,55$) para aceitação de si, 19,29 ($DP = 4,06$) em relações positivas, 25,99 ($DP = 5,11$) em autonomia, 22,07 ($DP = 3,97$) domínio do meio, 18,51 ($DP = 3,38$) crescimento pessoal e 19,11 ($DP = 3,59$) para objetivos de vida. Deste

¹⁸ Índices de tamanho do efeito do d Cohen, tamanho pequeno $r=0,10$; tamanho médio $r=0,30$; tamanho grande $r=0,50$.

modo não existe diferenças entre os grupos para o factor de bem-estar psicológico, podem ser consultados em pormenor na Tabela 12.

Tabela 12. Comparações de médias entre grupos relativas ao bem-estar psicológico.

	<i>Grupo A</i>		<i>Grupo B</i>		<i>T</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
BEP aceitação de si	19,02	3,09	19,55	3,55	-,93	,355	-,16
BEP relações positivas	20,32	3,03	19,29	4,06	1,65	,101	,29
BEP autonomia	25,07	4,01	25,99	5,14	-1,18	,242	-,20
BEP domínio do meio	22,27	3,85	22,07	3,97	,31	,760	,05
BEP crescimento pessoal	18,87	2,94	18,51	3,38	,66	,507	,11
BEP objetivos de vida	19,11	3,59	18,54	3,83	,89	,373	,15

4. Preditores da Autoeficácia.

Após a análise das correlações entre as variáveis autoeficácia, autoestima e bem-estar psicológico e as variáveis sócio-demográficas, realizamos uma regressão hierárquica (cf. tabela 13) para avaliar o poder destas variáveis na predição da autoeficácia dos idosos.

Considerámos três blocos de possíveis preditores: variáveis sócio-demográficas, idade, estado civil, nível educativo e qualificação profissional; variáveis associadas ao idoso, saúde percebida, atividade física, informal e formal; e variáveis psicológicas dos idosos, autoestima e bem-estar psicológico.

Os valores do factor de inflação da variância (FIV) são inferiores a 10 e as estatísticas de tolerância superiores a ,20, verificamos que não existia multicolinearidade entre os preditores. O primeiro bloco (Passo 1) explicou 17,6% da variância da pontuação na autoeficácia total, sendo a idade um preditor significativo. No segundo bloco (Passo 2), ao adicionar as variáveis associadas ao idoso, a análise revelou que, para além da idade, a saúde percebida e a atividade física constituíam preditores significativos, explicando 41,1% da variância da pontuação na autoeficácia. As variáveis psicológicas (Passo 3) explicaram 56,1% da variância, mostrando que não existiam novos preditores significativos da autoeficácia. As variáveis psicológicas contribuíram para aumentar o poder explicativo do modelo, pelo que decidimos incluí-lo no mesmo.

A regressão hierárquica revelou que a saúde percebida é o preditor mais robusto da autoeficácia. Os idosos que percebem a sua saúde como boa apresentam maiores níveis de autoeficácia.

Tabela 13. Modelo de regressão hierárquica múltipla da autoeficácia

	B	EPB	β	R ²	ΔR^2	Gl	t	p
Passo 1				,176	,176	4/88	4,71	,002
Constante	44,35	5,68					7,81	,000
Idade	-,29	,08	-,40				-3,78	,000
Estado Civil	,60	,75	,08				,78	,426
Nível Educativo	,16	,63	,05				,26	,794
Qualificação Profissional	,26	1,0	,05				,25	,800
Passo 2				,411	,235	4/84	7,33	,000
Constante	17,43	7,22					2,41	,018
Idade	-,10	,08	-,13				-1,26	,213
Estado Civil	,17	,68	,02				,26	,798
Nível Educativo	-,13	,57	-,04				-,24	,809
Qualificação Profissional	,03	,88	,01				,03	,973
Saúde percebida	1,33	,34	,40				3,91	,000
Atividade Física	,56	,20	,28				2,81	,006
Atividade Informal	,77	1,1	,06				,72	,474
Atividade Formal	-,23	,72	-,03				-,32	,750
Passo 3				,561	,150	7/77	6,57	,000
Contante	8,99	7,5					1,19	,237
Idade	-,15	,07	-,20				-1,91	,059
Estado Civil	,43	,64	,05				,67	,502
Nível Educativo	-,45	,52	-,15				-,86	,392
Qualificação Profissional	,42	,82	,09				,51	,615
Saúde percebida	,93	,32	2,82				2,90	,005
Atividade Física	,30	,19	,15				1,57	,120
Atividade Informal	1,11	1,09	,09				1,02	,313
Atividade Formal	,57	,68	,08				,83	,407
Autoestima	,15	,16	,10				,94	,351
BEP aceitação de si	,07	,28	,04				,25	,802
BEP relações positivas	-,18	,13	-,12				-1,36	,178
BEP autonomia	,11	,11	,09				,95	,345
BEP domínio do meio	,39	,20	,28				1,97	,053
BEP crescimento pessoal	-,01	,18	-,002				-,02	,982
BEP objetivos de vida	,06	,28	,04				,22	,825

Nota: EP B - Erro-padrão do valor B. ΔR^2 - Mudança no valor do R² ao adicionar o bloco subsequente de variáveis

Capítulo V.
Discussão

V – DISCUSSÃO

Neste capítulo discutiremos os resultados à luz da revisão da literatura e de acordo com as hipóteses e objetivos estabelecidos. Partindo do objetivo geral do estudo, sendo este, conhecer os níveis, relações e diferenças entre os grupos de idosos não dependentes ao nível da autoeficácia, autoestima e bem-estar psicológico, detalharemos os resultados obtidos e explicaremos as implicações deste no presente estudo, caracterizando o perfil sócio-demográfico da amostra e as diferenças significativas entre grupos, examinando e analisando as relações existentes entre a autoeficácia, autoestima, bem-estar psicológico e variáveis sócio-demográficas e os factores que predizem a autoeficácia.

As características sócio-demográficas dos participantes estão de acordo com o que sugerem estudos como os de Abellán-García *et al.* (2014), segundo os quais a maioria dos idosos são casados e viúvos, sendo a viuvez mais comum no sexo feminino e a residência habitual uma casa tipo vivenda, na qual residem, maioritariamente, com o parceiro.

Um aspeto a realçar é que a maioria dos idosos que participavam na AEHU apresentavam um maior nível educativo e, em consequência, uma maior qualificação profissional, assim como maiores níveis de saúde percebida, atividade física, autoeficácia geral, autoeficácia na saúde e autoeficácia sócio-emocional, constatando-se diferenças significativas. De acordo com as investigações e objetivos das UTIs, a aprendizagem e atualização de conhecimentos (Irigay & Schneider, 2008), promoção de relações sociais e sentimento de atividade e as mudanças dos estereótipos e auto-estereótipos o que vai a permitir aumentar a percepção de autoeficácia, autoestima, uma adequada regulação emocional, gestão das emoções e estratégias de *coping*, para lidar com situações problemáticas futuras (Fernández-Ballesteros, Caprara, Schettini, Bustillos, Mendoz-Nunez, Orosa, Kornfeld, Rojas, López, Santacreu & Molina, 2013) e, em consequência, uma melhora no bem-estar dos idosos (Pérez-Albeñiz *et al.*, 2015; Irigay & Schneider, 2008; Requejo-Osório & Cabral-Pinto, 2007). Nesta última variável, bem-estar psicológico, não encontramos diferenças significativas entre grupos. Deste modo, encontramos que as pessoas idosas da AEHU apresenta habilitações literárias superiores e, em consequência, uma elevada qualificação profissional (IMSERSO, 2005), o que implica ter mais recursos para lidar com situações problemáticas (Abellás-García *et al.*, 2014), um conceito relacionado a este é a autoeficácia sócio-emocional, a qual vai permitir o indivíduo autorregular-se e adaptar-se em diferentes situações sociais.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

Os idosos da AEHU realizam mais atividades físicas e apresentam maiores níveis de saúde percebida e autoeficácia na saúde e no geral. Conceitos muitos relacionados e recolhido na literatura, a maior níveis de saúde percebida, maiores níveis de autoeficácia na saúde e maior implicação em comportamentos saudáveis e participação em atividades físicas, cognitivas e sociais.

Os resultados obtidos na variável bem-estar psicológico evidenciaram não diferenças significativas entre grupos, resultados que vão ao encontro do paradoxo do bem-estar, o qual constata que apesar das perdas e declínios no processo de envelhecimento ao nível físico, cognitivo, emocional e social, verifica-se ligeiros declínios no nível de bem-estar, sem estar o envelhecimento relacionado com a idade, senão com outros fatores (Fernández-Ballesteros, 2006), assim, sinalizamos relações entre o bem-estar psicológico e a atividade física, a saúde percibida, o nível educativo e qualificação profissional.

As comparações entre grupos revelam diferenças significativas no que respeita à autoestima, presentando maiores níveis de autoestima o grupo de idosos não pertencentes à AEHU. As diferenças significativas no nível de autoestima e as diferenças não significativas encontradas no BEP podem ser explicada pela participação de algumas pessoas idosas, pertencentes ao grupo comunitário, em programas comunitários de arte y cultura, que promovem a saúde, as funções cognitivas e capacidade física e as relações sociais, reduzindo o nível de dependência e morbidade física e funcional e, conseqüentemente, o BEP (Wallace, Buchner, Grohaus, Leville, Tyl, LaCroix & Wagner, 1998; Cohen, Perlstein, Chapline, Kelly, Firth, & Simmens, 2006; Lutosa, Oliveira, Santaos, Guedes, Parentoni & Pereira, 2010; Nishiguchi, *et al.*, 2015).

Deste modo, os dados obtidos nesta investigação indicam-nos a existência de diferenças significativas entre o grupo da AEHU e o grupo comunitário, permitindo-nos confirmar as hipóteses de estudo H1 (cf. “Os idosos da AEHU apresentarão um maior nível educativo, laboral, de saúde percibido e de atividade física e formal”) e H2_b (cf. “Os idosos da AEHU apresentarão níveis superiores de autoeficácia”) e infirmar as hipóteses H2_a (cf. “Os idosos da AEHU apresentarão níveis superiores de autoestima”) e H2_c (cf. “Os idosos da AEHU apresentarão níveis superiores bem-estar psicológico”).

Os dados obtidos na presente investigação indicam-nos que a saúde percebida é um predictor da autoeficácia, de acordo com Bandura (1986, 1997), sendo considerada a autoeficácia um fator protector e promotor das condutas prejudiciais para a saúde e de

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

promoção da atividade física (Fernández-Ballesteros, 2008; Reigal & Videra, 2011), assim como, um preditor de um processo ótimo do envelhecimento (OMS, 2002). Deste modo, os idosos que percebem a própria saúde como boa apresentam maiores níveis de autoeficácia, permitindo possuir crenças sobre as próprias capacidades e sobre os benefícios físicos e psicossociais, promovendo assim, a motivação, a adesão e a continuidade dos comportamentos saudáveis, e também, a participação ativa em atividades físicas, sociais e recreativas e, conseqüentemente, a melhora dos níveis do BEP (Silva, Farias, Oliveira, Rabelo, 2012). Simultaneamente, os níveis elevados de autoeficácia promove estratégias adequadas de *coping* e auto-regulação, que permite a confiança nas próprias capacidades para a resolução dos problemas futuros (Mc Auley, Jerome, Elavsky, Marquez & Ramsey, 2003; Navarro, Bueno, Buz & Mayora, 2006; Fernández-Ballesteros, 2008; Caprara, 2009; Silva & Laurent, 2010) e propiciam uma visão positiva da vida e uma adaptação à velhice e uma redução no risco de mortalidade na velhice (Wilson, Krueger, Gul, Bienias, Mendes de Leon & Evans, 2005). Deste modo confirmamos a nossa quarta hipótese de investigação, cf. “*H3_a* – A saúde percebida será um preditor da autoeficácia”.

Neste sentido, os resultados vão ao encontro da literatura consultada, e sugerem uma relação positiva entre a autoeficácia e a saúde percebida, a atividade física e cognitiva e, conseqüentemente, simultaneamente com a autoestima e o BEP, permitindo afirmar a hipóteses de estudo (cf. *H4_a* “Existirão relações significativas positivas entre as dimensões de estudos, autoestima, autoeficácia e bem-estar psicológico” e “*H4_b* - A autoestima será uma variável mediadora entre a autoeficácia e o bem-estar psicológico”). Os dados do nosso estudo mostram que a maior idade tende a existir uma diminuição na a autoeficácia, resultados que discrepam da literatura. Estudos iniciais de Bandura (1986) e a posteriori (Fernández-Ballesteros, Díez-Nicolás, Caprara, Barbarenelli & Bandura, 2002, cit. in Fernández-Ballesteros, 2008; Lachman & Aguigroaei, 2010) tem vindo a revelar que a única dimensão da autoeficácia que desce com a idade é a autoeficácia na saúde. Com o supradito, e relacionando coincide, de uma forma gestáltica, podemos dizer que a relação inversa entre a idade e a saúde percebida pode ser explicada pelos níveis baixos níveis de saúde percebida, de acordo com o estudo de Wilson, Krueger, Gul, Bienias, Mendes de Leon & Evans (2005) revela que as emoções positivas aumentam com a idade e que geralmente as emoções negativas estão associadas à uma má saúde. Estas emoções negativas e o decréscimo da autoeficácia, em todas as dimensões, pode ser explicado pelos estereótipos sociais e auto-estereótipos que, em ocasiões, são assumidos

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

e influenciam negativamente ao envelhecimento (Simões, 1990; Sáez, Meléndez, Aleixandre, 1994; Fernández-Ballesteros, 2008; Caprara, 2009), produzindo um decréscimo da autoestima e, favorecendo assim, uma insegurança na própria autoeficácia, limitando e diminuindo o esforço das atividades que realiza, resultando uma perda progressiva de interesse e capacidades (Bandura, 1986; Sáez, Meléndez, Aleixandre, 1994). Corroboramos a existência da autoestima como variável mediadora, com o citado anteriormente, e adicionando, que ao controlar o efeito entre as relações das dimensões do BEP e autoeficácia, as relações referidas ao *self*, especialmente, a variável de autonomia e relações positivas no que concerne à autoaceitação e objetivos de vida deixam de ser significativas. As relações não significativas entre variáveis mostram a relação da autoestima com a autoeficácia para a manutenção da dependência e da saúde e, em consequência, com o BEP. Assim, para um envelhecimento bem-sucedido, será importante uma elevada autoeficácia que evoque sentimentos positivos e pensamento motivadores para superar as dificuldades, influenciando na autoestima, e este a sua vez no bem-estar.

Outra variável que modula o efeito e está relacionada com a autoestima é a atividade física, com o mencionado anteriormente, uma boa saúde, está relacionada com níveis elevados de autoeficácia, que a sua vez, promovem e mantêm uma participação em atividades físicas, cognitivas e sociais e, em consequência, provoca níveis elevados de BEP. De acordo com os estudos sobre a atividade física (Pérez, 2006; McAuley, Blissmer, Marquez, Jerome, Kramer & Katula, 2000; García, Marín, e Bohórquez, 2012), a atividade física está relacionada com a autoestima, melhorando o BES, o contato social, o autoconceito e a autoestima, contribuindo para um adequado equilíbrio emocional e afetivo reduzindo os sintomas de ansiedade e a depressão, e dependência (Nishiguchi, *et al.*, 2015).

Conclusões

CONCLUSÕES

“O entardecer da humanidade deve ter um significado em si mesmo, e não apenas um mero apêndice da manhã da vida” (Jung, 1933).

O envelhecimento deve ser entendido como um processo dinâmico de perdas e ganhos que forma parte do nosso percurso vital, onde a diferença de ser e estar são importantes. Ser velho implica um atributo absoluto de significado de existência, onde por contrapartida estar velho é uma forma circunstancial de viver (p,406, Fundação Friedrich-Ebert-Stifung, 1988). Realçamos o paradigma do ciclo vital e do modelo SOC, como modelo de adaptação ao envelhecimento, onde as perdas ou declínios diminuem a eficácia pessoal requerendo re-avaliações da autoeficácia das funções ou das capacidades deterioradas, sendo ultrapassadas mediante o processo de seleção baseadas nas perdas, atuando quando uma competência diminui ou está danificada adaptando-se à nova situação, e em paralelo, decidindo que conhecimentos, habilidades, capacidades e recursos otimizar para adquirir e integrar as capacidades, e mudando as estratégias utilizadas anteriormente por outras mais adequadas para compensar as perdas e declínios e assim poder manter um funcionamento correto.

Com o presente estudo podemos concluir que a saúde percebida é um preditor da autoeficácia, onde uma adequada saúde percebida, evocará uma elevada autoeficácia, que a sua vez, tem um efeito na autoestima, e contribui para uma melhor percepção das próprias capacidades, com maiores pensamentos e atitudes motivadores para a manutenção da saúde mediante a participação na atividade física, cognitiva e social, assim como, na regulação emocional, as estratégias de coping e a adesão a comportamentos saudáveis e, em consequência, um maior bem-estar e uma situação de independência. Desta modo, os programas de promoção de envelhecimento bem-sucedido, como as UTIs e os programas comunitários, favorecem a autoeficácia, a autoestima e o BEP através da participação física, social e cognitiva, assim como, a minimização dos estereótipos sobre o envelhecimento.

Resaltamos algumas limitações do presente estudo relativas ao facto da escala de Ryff não apresenta uma validade fatorial discriminante, a qual favorece correlações elevadas entre as dimensões (Tomas, Meléndez, Oliver, Navarro & Zaragoza, 2010) e

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

não permite distinguir se as correlações existente são devidas às pontuações dos sujeitos. A escala não presnetta um valor global para o bem-estar psicológico o que dificulta saber qual é que é o nível global de bem-estar psicológico e realizar análises pertinentes entre o bem-estar psicológico global e outras vairáveis, tendo de ser realizadas as análises com as subescalas. Eventualmente, para futuros estudos, será de interese a utilização de escalas de bem-estar subjetivo mais consolidadas e estudadas no ambito da getonrologia, para obter resultados mais consistentes. O facto dos grupos serem naturais, modificou as expectativas dos resultados, no que respeita ao nível de autoestima, sendo mais elevado no grupo de idosos comunitários, por não controlarmos algumas variáveis como o nível de participação em atividades de promoção do envelhecimento bem-sucedido relativas ao grupo comunitário, muitas pessoas idosas realizavam alguma atividade como voluntariado, participação em atividades lúdico-recreativas, atividade física, entre outras, que têm um efeito positivo no BEP.

Para futuras investigações realçamos a importância de realizar estudos de consistencia e de validez fatorial e ecológica com amostras de idosos para a melhora da escala de Ryff. Assim como, realizar estudos longitudinais e sequênciais no campo da autoeficácia, e mais especificamente, estudos de campo nas aulas de extensão e programas de envelhecimento bem-sucedido a nível comunitário, assim como estudos comparativos entre idosos que realizam atividades de participação e idosos que não realizam nenhuma atividade de participação, como associações de vizinhos, educação para a saúde, voluntariado, escolas de avôs, entre outros, para poder obter resultados mais consistentes. Além da importância de realizar estudos experimentais para definir e consolidar as variáveis que predizem e promovem o autoestima, bem-estar psicológico e autoeficácia, como por exemplo estudos sequências ou transversais onde possam ser medidas estas variáveis no início, na consecução e no fim do programa.

Referências Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abellán García, A.; Vilches Fuentes, J. & Pujol Rodríguez, R. (2014). *Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores básicos*. Informes envejecimiento en red (Informe No. 6). Madrid: CSIC.

AEPUM (2015). Estadísticas por curso académico. Obtido 20 Maio de 2012, <http://www.aepumayores.org/es/contenido/estad-sticas-por-curso-acad-mico>.

Alferes (1997). *Investigação científica em psicologia. Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Atienza, F.L., Noreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, XXII (1-2), 29-42.

Baltes, P. & Mayer, K. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Akademik Verlag: Berlin.

Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of Life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 25(5), 611-626.

Baltes, P.B, Lindenberger, U. & Staudinger, U. (2006). *Life Span Theory in Developmental Psychology*. Em R. M. Lerner (Ed.), *Theoretical Models of Human Development* (569-664). Handbook of child psychology (6th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Baltes, P.B. & Freund, A. (2007). *Toward a Theory of successful aging. Selection, optimization and compensation*. Em Fernández-Ballesteros, R (Ed), *GeroPsychology European Perspectives for an aging world*. Hogrefe & Huber Publisher: Göttingen.

Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall: New Jersey.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. Freeman: New York.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

Baños, R.M. & Guillén, V. (2000). Psychometrics characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of de Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological Reports*, 87(1), 269-274.

Caprara, M. (2009). *La promoción del envejecimiento activo*. Em Fernández-Ballesteros, R (Ed.), *Psicología de la vejez. Una gerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.

Clemente, A.; Tartaglino, M. & Stefani, D. (2008). Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspectivas en psicología*, 5 (2), 47-53.

Cohen, G.; Perlstein, S.; Chapline, J.; Kelly, J.; Firth, K., & Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, 46 (6), 726-734.

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992b). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFT) Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Díaz, D., Rodríguez C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.

EUROPOP2013 (2014). *The 2015 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Belgium: European Commission.

EUROSAT (2012). *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*. Belgium: European Commission.

Feldberg, C. & Stefani, C. (2007). Autoeficacia y rendimiento en memoria episódica verbal, y su influencia en la participación social de las personas de edad. *Anales de Psicología*. 23 (2), 282-288.

Fernández-Ballesteros, R. (2006). Geropsychology – An Applied Field for the “1st Century”. *European Psychologist*, 11 (4), 312 – 323.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active Aging. Contributions from psychology*, Toronto: Hogrefe e Huber Publisher.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *PsicoGerontología. Perspectivas Europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R., Eig, A., & Zamarrón, M.D. (2009). *Evaluación en psicogerontología*. Em R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Psicología de la vejez. Una Psicogerontología aplicada* (pp. 35-96). Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R.; Caprara, M.; Schettini, R.; Bustillos, A.; Mendoza-Nunez, V.; Orosa, T.; Kornfeld, R.; Rojas, M.; López, M.; Santacreu, M., & Molina, M. (2013). Effects of university programs for olders adults: Changes in cultural and group stereotupe, self-perception of aging, and emotional balance. *Educational Gerontology*, 39, 119-131.

Fundação Friedrich-Ebert-Stifung. (1988). *Hacia una nueva vejez*. I Simposio de Gerontología de Castilla y León. Salamanca: San Esteban.

García Rodríguez, B (2007). *El bienestar subjetivo y la felicidad en la vejez*. In Ballesteros Jiménez, S (Ed), *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Madrid: UNED.

García, A. J., Marín, M. & Bohórquez, M. R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21 (1), 195-200.

IMSERSO (2011). *Educación a lo largo de la vida*. Em IMSERSO (ed) *Libro blanco del envejecimiento activo* (pp. 279 – 316), Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2014). *Programas de promoción del envejecimiento activo*. Em *Informe Anual 2011* (pp. 83 – 107), Madrid: IMSERSO.

IMSERSO. (2005). *Evaluación de programas universitarios para mayores: motivaciones, dificultades y contribuciones a la calidad de vida* (Informe de resultados: Proyecto 55/2005), Madrid: IMSERSO.

INE (2011). Taxa de dependência de idosos segundo os censos nos municípios. Obtido 15 de Março de 2015, <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%A4ncia+de+idosos+segundo+os+Censos-351>.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

INE (2012). *2012: Año Europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeracional. Cifras INE*. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado.

INE (28 de Octubre 2014). Proyecciones de la población de España 2014-2064. Notas de prensa, pp. 1-15.

INE. (2014). *Estatísticas demográficas 2013*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Irigay, T.&Schneider, R. (2008). Participação de Idosas em uma universidade da terceira idade: Motivos e mudanças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 24 (2), 211-216.

Kahneman, D.; Diener, E.;&Schwartz, N. (2003). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Ney York: Russell sage foundation.

Lachman, M. & Agrigoroaei, S. (2010). Promoting functional health in midlife and old age: Long-term protective effects of control beliefs, social support, and physical exercise. *Plos One*, 5 (10), 1-9.

Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23 (4), 349-357.

Lima, M. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psychologica*, 35, 133-145.

Limón, M.R. & Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6: 225-238.

Lutosa, L.; Oliveira, L.; Santaos, L.; Guedes, R.; Parentoni, A. & Pereira, L. (2010). Efeito de um programa de treinamento funcional no equilíbrio postural de idosas da comunidade. *Fisioterapia e Pesquisa*, 17 (2), 153-156.

McAuley, E.; Blissmer, B.; Marquez, D.; Jerome, G.; Kramer, A. & Katula, J. (2002). Social Relations, Physical Activity, and Well-being in older adults. *Preventive Medicine*, 31, 608-617.

McAuley, E.; Jerome, G.; Elavsky, S.; Marquez, D., & Ramsey, S. (2003). Predicting long-term maintenance of physical activity in older adults. *Preventive Medicine*, 37, 110-118.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

Meléndez, J. C. (1998). Apoyo social, tercera edad y autopercepción. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Gerokomos*, 9, 61-67.

Meléndez, J. C., Tomás, J. M. & Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43, 90-95.

Meléndez, J. C., Tomás, J. M. & Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*, 27, 164-169.

Molina Sena, C & Meléndez, J. C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Revista Iberoamericana de Gerontología y Geriatria*, 22, 97-105.

Moreno Tello, S (2009). *Las aulas universitarias de mayores en Andalucía: un estudio sectorial*. Cádiz: Dirección General de Universidades.

Morrow-Howell, N.; Hinterlong, J.; Rozario, P. & Tang, Fengyan. (2003). Effects of volunteering in the well-being of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B (3), S137-S145.

Navarro, A.; Bueno, B.; Buz, J. & Mayoral, P. (2006). Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41 (4), 222-227.

Nishiguchi, S.; Yamada, M.; Tanigawa, T.; Sekiyama, K.; Kawagoe, T.; Suzki, M.; Yoshikawa, S.; Abe, N.; Otsuka, Y.; Nakai, R.; Aoyama, T. & Tsuboyama, T. (2015). A 12-week physical and cognitive exercise program can improve cognitive function and neutral efficiency in community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *The American Geriatrics Society*, 63, 1355-1363.

Oman, D.; Thoresen, C. & McMahon, K. (1999). Volunteerism and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Health Psychology*, 4, 301-316.

Organização Mundial da Saúde (2015). Envejecimiento y ciclo de vida. Obtido 20 de Maio de 2015, <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Organização Mundial Saúde (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37 (S2), 74-105.

Pérez, S. (2006) *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Dykinson.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

Pérez-Albéniz, A., Pascual, A., Cruz Navarro, M. & Lucas-Molina, B. (2015). Más allá del conocimiento. El impacto de un programa educativo universitario para mayores. *Aula abierta*, 43 (1), 54-60.

Requejo Osorio, A.; & Rumbo, B., Cid. (2007). *Programas universitários para idosos*. Em Requejo Osório, A., Cabral Pinto, F. (Ed). As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto Piaget.

Rodrigues, L. & Ruscalleda, R. (2009). Satisfação com a vida e senso de autoeficácia para queda em idosos. *Revista Brasileira Clínica Médica*, 7, 413-417.

Rosenberg, M (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rothbaum, F.; Weisz, J. & Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1), 5-37.

Ryff (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of twon traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82 (6), 1007-1022.

Ryff, C.D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revised. *Journal of personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Ryff, C.D. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C.D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Psychological Science*, 4 (4), 99-104.

Ryff, C.D., Magee, W.J., Kling & Wing, E.H. (1999). *Forging macro-micro linkages in the study of psychological well-being*. Em Ryff, C.D. & Marshall, V.W. (eds.), *The self and society in aging processes* (pp. 247-278). New York: Springer-Verlag.

Sáez, N.; Meléndez, J. & Aleixandre, M. (1994). Los estereotipos en los ancianos: Un estudio empírico y sus resultados. *Revista de Psicología de la Educación*, 14, 75-89.

Santos, A. (2005). Controle Percibido: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 1 (1), 1-10.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

Silva, L.; Farias, L.; Oliveira, T. & Rabelo, D. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia*, 15 (3), 119-140.

Silva, M. & Liana, L. (2010). O senso de autoeficácia na manutenção de comportamentos promotores da saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44 (1), 61-67.

Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes ao idoso. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIV, 109-121.

Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar.

Simões, A., & Lima, M. (1992). Desenvolvimento do conceito de si escolar, em adultos analfabetos: Um estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 227-247.

Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M., P., Pinheiro, M., R., Vieira, C., M., Matos, A., P., & Oliveira, A., L. (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: Factores sócio-demográficos e de personalidade. In A. Simões, A. Oliveira, C. M. C. Vieira, L. Alcoforado, M. P. Lima, e. M. F. F. Gaspar (Orgs.). *Actas das II Jornadas Modelos e práticas em educação de adultos* (pp. 301-320). Coimbra: Núcleo de Assistência Psicológica e de Formação de Adultos.

Simões, A., Ferreira, J.A., Lima, A., Pinheiro, M.R., Vieira, C., Matos, A., Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjetivo dos adultos: *Um estudo transversal*. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 31 (1), 5-30.

Tomás, J. M., Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C. & Molina, C. (2009). Comparación del bienestar psicológico de personas mayores dominicanas y españolas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 180-185.

Tomas, J.; Meléndez, J.; Oliver, A; Navarro, E. & Zaragoza, G. (2010). Efectos de método en las escalas de Ryff: Um estudo en población de personas mayores. *Psicológica*, 31, 383-400.

Vázquez, A., Jiménez, R., Vázquez-Morrejón, R. (2004). Escala de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.

Wallace, J.; Buchner, D.; Grohaus, L.; Leville, S.; Tyl, L.; LaCroix, A., & Wagner, E. (1998). Implementation and effectiveness of community-based health promotion program for older adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 53A (4), M301-M306.

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

Wilson, R.S.; Krueger, K.R.; Gul, L.; Bienias, J.L.; Mendes de Leon, C.F.; Evans, D.A. (2005). Neuroticism, extraversion, and mortality in a defined population of older persons. *Psychosom Med*, 67(6), 841-5.

ANEXOS

CIRCUNSTANCIAS VITALES Y BIENESTAR EN LAS PERSONAS MAYORES

1. **Edad:** _____ años

2. **Sexo:** Masculino Femenino

3. **¿Lugar de nacimiento?** _____ Provincia _____

4. **Actualmente vive en:**

En la misma localidad donde nació

En otra localidad → _____ Provincia _____ ¿Hace cuántos años? _____ años

5. **Estado civil:** Casado(a) o pareja de hecho Divorciado(a) o separado(a)

Soltero(a)

Viudo(a)

6. **¿Tiene pareja actualmente?**

No Sí → 7. **¿Hace cuánto tiempo?** _____ 8. **¿Vive con su pareja?** No Sí

9. **Composición familiar:** Indique en la tabla siguiente cuántos **hijos** tiene y si son hombres o mujeres. Indique también si estos, a su vez, tuvieron hijos, y en qué medida tiene contacto con esos **nietos**.

	Hijos/Hijas		Número de nietos/nietas	Frecuencia de contacto			
	Hombres	Mujeres		Mucho	Bastante	Neutro	Poco o nada
1º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10º	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. **¿Cuál es su nivel de estudios?**

Educación primaria incompleta

Educación Secundaria / Profesional incompleto

Educación superior incompleta

Educación primaria completa

Educación Secundaria / Profesional completo

Educación superior incompleta

11. **Durante su vida usted:**

Fue ama de casa / Nunca tuvo un trabajo remunerado

Trabajó durante algún tiempo pero dejó de trabajar bastante antes de la edad oficial de jubilación

Trabajó hasta algunos años antes de la edad oficial de jubilación

Trabajó hasta la edad de jubilación

12. **¿Cuál fue su actividad profesional?** _____

13. **Actualmente sus rendimientos mensuales** son aproximadamente _____ € por mes, y proviene de:

Pensión de viudedad → No Sí

Ayuda formal → No Sí

Pensión de jubilación → No Sí

Ayuda informal → No Sí

14. **Actualmente (desde hace por lo menos 6 meses), ¿dónde vive?**

En su casa, sólo(a)

En su casa, con su pareja

En su casa, con algún hijo(a) y/u otros familiares

En su casa, con alguien que no es familiar directo → ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ años

En casa de algún familiar, sólo(a) → ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ años

En casa de algún familiar, con su pareja → ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ años

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

- En casa de alguien que no es familiar directo → ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ años
 En una residencia → Pública Privada
 → ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ años

15. ¿Habitualmente necesita de ayuda de alguna persona para sus actividades de la vida diaria?

- No Sí → ¿Cuenta con el apoyo de alguna persona para las actividades de la vida diaria?
 No Sí → Algún familiar o amigo(a) próximo(a) Alguien a quien paga por este servicio
 → Diariamente y conviven Diariamente, pero no conviven
 Varias veces por semana

16. En general, diría que su salud es:

- Muy buena Buena Regular Mala

17. ¿Cómo evalúa su salud comparándola con el año pasado?

- Mucho mejor Mejor Igual Peor Mucho peor

18. ¿Comparándola con las personas de su misma edad y sexo, cómo diría que se encuentra a nivel de salud?

- Mucho mejor Mejor Igual Peor Mucho peor

19. ¿Cómo describiría su actividad física durante el último año?

- Ninguna
 Escasa y no regular (algún paseo, tareas domésticas ligeras...)
 Ejercicio físico regular: Ligero (caminar, deporte de baja intensidad...)
 Moderado (nadar, gimnasia de manutención...)
 Intenso (correr, tenis, entreno físico fuerte...)

Horas por semana:		
1 - 2	2 - 3	Más de 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Muchas personas de su edad dedican una parte importante de su tiempo a cuidar y dar atención a otras personas de su familia. En su caso, ¿cuál es el nivel de implicación o responsabilidad en el cuidado de otras personas?

	Primario: cuidador habitual y diario, responsabilidad principal	Secundario: cuidador frecuente pero no principal	Ocasional	Ningún
Pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra persona mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nietos/nietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. ¿Participa habitualmente en actividades como asociaciones, voluntariado, programas educativos, etc.?

- No Sí → Indique cual o cuales

22. Piense en los miembros de su familia y en la relación que mantiene habitualmente con ellos:

22.1. ¿Con cuántos de sus familiares se reúne o tiene noticias por lo menos una vez por mes?

- Ningún Uno Dos Tres o cuatro De cinco a ocho Nueve o más

22.2. ¿Relativamente al familiar con quien tiene más contacto, con qué frecuencia se ven o tiene noticias de él?

- Menos de una vez por mes Mensualmente Algunas veces por mes Semanalmente Varias veces por semana Diariamente

22.3. ¿Con cuántos de sus familiares se siente suficientemente cómodo para hablar sobre sus asuntos personales?

- Ninguno Uno Dos Tres o cuatro De cinco a ocho Nueve o más

22.4. ¿Con cuántos de sus familiares se siente suficientemente próximo para llamarlos cuando necesita de ayuda?

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

Ninguno Uno Dos Tres o cuatro De cinco a ocho Nueve o más

22.5. ¿Cuándo uno de sus familiares tiene que tomar una decisión importante, con qué frecuencia la comenta consigo?

Siempre Con mucha frecuencia Con frecuencia A veces Rara vez Nunca

22.6. ¿Con qué frecuencia algún de sus familiares está disponible para hablar cuando tiene que tomar una decisión importante?

Siempre Con mucha frecuencia Con frecuencia A veces Rara vez Nunca

23. Ahora piense en las personas próximas e importantes para sí, pero que no son miembros de su familia (amigos, vecinos, etc.) y en la relación que mantiene con ellos:

23.1. ¿Con cuántos amigos se reúne o tiene noticias de ellos por lo menos una vez por mes?

Ningún Uno Dos Tres o cuatro De cinco a ocho Nueve o más

23.2. ¿Con qué frecuencia ve o tiene noticias del amigo (~~con el cual~~) que tiene más contacto?

Menos de una vez por mes Mensualmente Algunas veces por mes Semanalmente Varias veces por semana Diariamente

23.3. ¿Con cuántos amigos se siente suficientemente cómodo para hablar sobre sus asuntos personales?

Ningún Uno Dos Tres o cuatro De cinco a ocho Nueve o más

23.4. ¿Con cuántos amigos se siente suficientemente próximo para llamarlos cuando necesita de ayuda?

Ningún Uno Dos Tres o cuatro De cinco a ocho Nueve o más

23.5. ¿Cuándo uno de sus amigos tiene que tomar una decisión importante, con qué frecuencia lo comenta consigo?

Siempre Con mucha frecuencia Con frecuencia A veces Rara vez Nunca

23.6. ¿Con qué frecuencia algún de sus amigos está disponible para hablar cuando tiene que tomar una decisión importante?

Siempre Con mucha frecuencia Con frecuencia A veces Rara vez Nunca

24. Lea por favor as siguientes frases e indique, relativamente a cada una, lo que cree que ocurrirá en el futuro.

	Mucho	Bastante	Un poco	Nada
1. Frente a un problema de salud, creo que lo podré resolver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si tengo un problema en mis relaciones o familia o con los amigos seré capaz de resolverlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pienso que podré mantener mi rendimiento intelectual como hasta ahora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Creo que seré capaz de ser independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si mi estado de ánimo presenta altos y bajos en el futuro, seré capaz de superarlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Creo que haré cosas para prevenir la mayor parte de los problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Creo que podré resolver los problemas de soledad que puedan surgir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En el futuro, creo que me podré valer por mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si en el futuro me aparecen algunos problemas de memoria, creo que podré compensarlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Creo que durante la vejez podre mantener un buen estado físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTOEFICÁCIA E VELHICE

25. Para terminar, lea con atención cada una de las frases e indique hasta qué punto se ve reflejado(a) en ellas actualmente. Tenga presente que se trata de sensaciones que no son “buenas” o “malas” y que, todas las personas se pueden sentir así en algún momento. Le pedimos que diga **en qué medida, actualmente, se siente o no así en la mayor parte del tiempo.** Para indicar su respuesta utilice la siguiente escala:

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Un poco en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
6	5	4	3	2	1

	1-6
1. Cuando analizo mi historia de vida me pongo contento(a) con la forma como las cosas pasaron	
2. Muchas veces me siento solitario porque tengo pocos amigos íntimos con quien compartir mis preocupaciones	
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, aunque sean opuestas a la mayoría de las personas	
4. Me preocupa cómo las otras personas evalúan las elecciones que hice en mi vida	
5. Creo que es difícil organizar mi vida de una forma que sea satisfactoria para mí	
6. Me gusta hacer planes para el futuro y trabajar para alcanzarlos	
7. En general, me siento seguro y optimista	
8. No tengo muchas personas que me quieran escuchar cuando necesito hablar	
9. Muchas veces me preocupo con lo que los otros piensan de mí	
10. Fui capaz de construir una familia y un estilo de vida a mi gusto	
11. Soy una persona activa para realizar los planes que establezco	
12. Siento que mis amigos me dan muchas cosas	
13. Las personas con opiniones muy firmes, muchas veces influyen mi forma de pensar	
14. En general, siento que controlo la situación en la que vivo	
15. Me siento bien cuando pienso sobre lo que hice en el pasado y en lo que espero hacer en el futuro	
16. Mis objetivos de vida han sido para mí una fuente de satisfacción más de que frustración	
17. Me gusta casi todos los aspectos de mi personalidad	
18. Tengo confianza en mis opiniones, aunque ellas sean contrarias a lo que la mayoría de las personas piensan	
19. Las exigencias de la vida cotidiana, muchas veces me deprimen	
20. Tengo bien definido el rumbo y el objetivo de mi vida	
21. De forma general, a lo largo del tiempo continúo a aprender más sobre mí	
22. No tuve muchas relaciones próximas y de confianza	
23. Es difícil para mí expresar mis puntos de vista sobre temas polémicos	
24. De forma general me siento orgulloso(a) de quién soy y de la vida que tengo	
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	
26. Cuando pienso en eso, no creo realmente que tenga mejorado mucho como persona a lo largo de los años	
27. Siento que con el tiempo me desarrollé mucho como persona	
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambios y crecimiento	
29. Si me sintiese infeliz con la vida daría pasos más eficaces para cambiarla	

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

