



**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**

**O IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO INTERPARES NO ÂMBITO DO BEM-ESTAR E DO FUNCIONAMENTO COGNITIVO: UM ESTUDO EXPERIMENTAL BASEADO NO ENVELHECIMENTO ATIVO**

(Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e de Aconselhamento)

Afonso Miguel de Herédia – N° 20130633

**ORIENTADOR:** Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias  
*Universidade Autónoma de Lisboa*

Lisboa, Junho de 2018

Dedico este trabalho à memória de Camille Klein de Neuvy, que foi um verdadeiro exemplo de envelhecimento ativo e que foi uma avó para mim.

## **Agradecimentos**

Queria agradecer à minha Madrinha que tanto me ajudou e incentivou ao longo deste percurso académico, aos meus pais e toda a família e amigos.

Agradeço a todos os responsáveis e colaboradores das Universidades Seniores e Centros de Dia que acolheram este projeto, nomeadamente: Universidade Sénior de Oeiras, Universidade Sénior de Carnaxide, Aprendizagem e Lazer, Universidade Sénior Nova Atena; Centro Social e Paroquial de Nova Oeiras, Centro de Dia – Obra Social Madre Maria Clara, Centro Comunitário e Paroquial de Nossa Senhora das Dores, Centro Social Paroquial de São Julião da Barra, Centro Social e Paroquial de Oeiras e Centro Social Paroquial São Romão de Carnaxide

Aos meus Professores e colegas da Universidade Autónoma de Lisboa e à Dr.<sup>a</sup> Luísa Ferreirinho, que tanta paciência tem com todos os alunos.

À Ana Isabel Gonçalves, Patrícia Gouveia e Beatriz da Silva por toda a ajuda no trabalho de campo nas instituições.

A todos os alunos das universidades seniores e utentes dos centros de dia que se disponibilizaram a participar neste estudo.

Por fim, queria agradecer à minha Orientadora, Professora Doutora Rute Brites, por toda a ajuda, incentivo e paciência que teve ao longo deste percurso da dissertação.

## Resumo

Atendendo ao crescente envelhecimento populacional torna-se primordial que o mesmo ocorra de forma autónoma e saudável, promovendo uma boa qualidade de vida (QV) e bem-estar (BE), face às suas alterações biopsicossociais, contribuindo também para uma maior sustentabilidade social. Assim, desenhou-se uma intervenção alicerçada no envelhecimento ativo (EA), incidindo nos seus determinantes pessoais e sociais, a qual se concretizou através de uma dinâmica interpares de seniores de uma mesma comunidade, onde seniores mais jovens e autónomos, que constituíram a amostra participantes agentes (P/Agentes), provenientes de universidades seniores (US), foram envolvidos num papel social ativo para desenvolver uma intervenção com a finalidade de apoiar e estimular outros seniores, mais velhos (com prejuízos cognitivos ligeiros, menor autonomia e restrição social), os quais constituíram a amostra de participantes alvo (P/Alvo), provenientes de centros de dia (CD). As duas amostras foram subdivididas aleatoriamente em dois grupos equivalentes. O grupo experimental (GE) dos P/Agentes (N = 38, M Idade = 68.53; DP = 4.88 anos e maioritariamente do género feminino) recebeu uma formação teórico-prática e realizou sessões de estimulação e treino cognitivo (EC e TC) junto dos P/Alvo, tendo-lhe sido avaliado o bem-estar subjetivo (BES) e o florescimento. O grupo de controlo (GC) (N = 36, M Idade = 70.17; DP = 5.27 anos e maioritariamente do género feminino) não participou do programa e foi avaliado com as mesmas variáveis. O GE dos P/Alvo (N = 38, M Idade = 79.66; DP = 8.43 anos e maioritariamente do género feminino) usufruiu de 16 sessões de EC/TC bissemanal, tendo-lhe sido avaliado o BES e o funcionamento cognitivo. O GC (N = 36, M Idade = 82.53; DP = 7.96 anos, maioritariamente do género feminino) não usufruiu das sessões de intervenção e foi avaliado com as mesmas variáveis. O estudo englobou três momentos (pré-intervenção – M1; pós intervenção – M2; e *follow-up* – M3) para a recolha dos dados quantitativos referentes às variáveis dependentes (VD) com um período de intervalo de três meses. No M2 foram ainda recolhidos dados qualitativos dos GE de ambas as amostras acerca da experiência e da avaliação do programa. Os resultados obtidos no M2 revelaram que tanto o GE dos P/Agentes, como o dos P/Alvo sofreram um aumento significativo em todas as variáveis estudadas, demonstrando a eficácia do programa. Quanto à sua manutenção houve nos P/Alvo um decréscimo dos afetos positivos (AP) e do desempenho cognitivo no M3, os quais se justificam pela retirada da intervenção cujos fatores são essenciais para estas variáveis atendendo às idiosincrasias dos P/Alvo, que impossibilitaram a manutenção de um efeito sistémico positivo, pelo que se sugere a não interrupção deste tipo de intervenções em seniores mais velhos com maior restrição social. Os dados qualitativos

revelaram que os P/Agentes e os P/Alvo perceberam maioritariamente um impacto pessoal positivo e uma avaliação positiva do programa, bem como a sua manutenção, referindo querer repetir ou recomendá-lo. O conjunto de dados demonstra a possibilidade e importância de criar formas de promover o BE e a saúde nos seniores através de dinâmicas no âmbito do EA.

*Palavras-chave:* envelhecimento ativo, bem-estar subjetivo, florescimento, desempenho cognitivo, intervenção positiva e cognitiva.

### **Abstract**

Considering the increasing population ageing, it is essential that this phenomenon occurs in an independent and healthy manner, promoting quality of life and well-being, due to its biopsychosocial changes, which in turn will foster a greater social sustainability. With that in mind, an intervention rooted in the active ageing principles was designed, focusing on its personal and social determinants, and operationalised through a synergy between peers of senior citizens of the same community, in which the younger, more autonomous ones (volunteer agents – from third age universities) had an active social role in applying the intervention aiming the support and stimulation of the older seniors (with mild cognitive losses, less autonomy and social constraints – targeted participants, from the day centres). Both samples were randomly divided into two similar groups. The volunteer agents experimental group (N = 38, *M* Age = 68.53; *SD* = 4.88 years and mostly women 73.7%) had a theoretical/practical training and performed the cognitive training/stimulation sessions with the targeted participants and had its subjective well-being and flourishing assessed. The control group (N = 36, *M* Age = 70.17; *SD* = 5.27 years and mostly women 72.2%) did not participate in the programme and was assessed in the same variables as the experimental group. The Targeted Participants experimental group (N = 38, *M* Age = 79.66; *SD* = 8.43 years and mostly women 81.6%) took part of 16 twice-weekly cognitive training/stimulation sessions and had its subjective well-being and cognitive functioning assessed. The control group (N = 36, *M* Age = 82.53; *SD* = 7.96 years, mostly 86.1%) did not take part of the intervention sessions but was assessed in the same variables as the experimental group. The study was comprised of three moments (pre-intervention – M1; post-intervention – M2; and follow-up – M3) for the gathering of the quantitative data concerning the dependent variables with a three months interval between each one of them. In M2, qualitative data was collected from both experimental groups in order to assess the experience and appraise the programme. The results obtained in M2 show that both

sets of peers of the experimental group showed a significant increase in all the studied variables, demonstrating the programme's efficiency. As for the results maintenance, the targeted participants experienced a decrease in positive affect and in cognitive functioning in M3, justified by the suspension of the intervention, whose factors are essential for those variables, considering the Targeted Participants idiosyncrasies, which disable the maintenance of the systemic positive effect. In light of this, it is shown that these sort of interventions with older seniors with higher social constraints should not be interrupted. The qualitative data shows that both the volunteer agents and the targeted participants experienced a positive personal impact and assessed the programme positively, referring to the desire to repeat or recommend it. The data shows evidence of the importance and the need of creating ways for promoting well-being and health in elderly people through active ageing dynamics.

*Keywords:* active ageing, subjective well-being, flourishing, cognitive functioning, positive and cognitive intervention.

## Índice Geral

	Pág.
Índice de Tabelas .....	IX
Índice de Figuras .....	X
Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento Teórico.....	4
1.1. O Envelhecimento .....	4
1.1.1. Definição do conceito. ....	5
1.1.2. A emergência da Gerontologia e de uma abordagem holística.....	7
1.2. As Alterações Biopsicossociais Inerentes ao Envelhecimento .....	8
1.3. O Défice Cognitivo Ligeiro e outras Perturbações Neurocognitivas.....	18
1.4. O Papel das Intervenções Cognitivas nos Quadros de Perda Cognitiva.....	23
1.5. O Impacto do Envelhecimento Populacional na Sociedade e o Envelhecimento Ativo .....	30
1.5.1. O envelhecimento ativo.....	31
1.5.2 Exemplos de iniciativas no âmbito do envelhecimento ativo numa perspetiva <i>bottom-up</i> .....	34
1.6. Bem-Estar .....	36
1.6.1. O bem-estar subjetivo. ....	40
1.6.2. O modelo de florescimento de Diener.....	44
1.6.3. Envelhecimento e bem-estar.....	44
1.7. O Presente Estudo: Pertinência e Objectivos .....	49
Parte II – Método .....	50
2.1. Questões de Investigação .....	50
2.2. Hipóteses .....	50
2.3. Delineamento do Estudo .....	51
2.4. Variáveis em Estudo.....	54
2.5. População .....	56
2.5.1 Caracterização dos locais da intervenção. ....	56
2.5.2. Critérios de inclusão dos participantes. ....	57
2.5.3. Caracterização das amostras.....	58
2.5.3.1. <i>Variabilidade do número de participantes nos diferentes momentos do estudo.</i> .....	61
2.6. Instrumentos .....	63
2.6.1. Programa de intervenção.....	63
2.6.2. Questionário sociodemográfico.....	68
2.6.3. <i>Positive and negative affect Schedule</i> – Panas. ....	68
2.6.4. Escala de satisfação com a vida – SWLS.....	71

2.6.5. <i>Flourishing scale</i> – FS. ....	73
2.6.6. <i>Montreal Cognitive Assessment</i> – MoCA. ....	75
2.6.7. Questionário sobre a experiência e o programa de intervenção. ....	80
<b>2.7. Procedimento</b> .....	<b>81</b>
2.7.1. Procedimentos preliminares. ....	82
2.7.2. Procedimentos durante os três momentos do estudo. ....	83
2.7.2.1. <i>Procedimentos para as duas amostras durante o momento 1 – pré intervenção.</i> .....	84
2.7.2.2. <i>Procedimentos para as duas amostras durante o período de intervenção.</i> .....	85
2.7.2.3. <i>Procedimentos para as duas amostras durante o momento 2 – pós intervenção.</i> .....	87
2.7.2.4. <i>Procedimentos para as duas amostras durante o período sem intervenção.</i> ....	89
2.7.2.5. <i>Procedimentos para as duas amostras durante o momento 3 – follow-up.</i> .....	89
2.7.2.6. <i>Procedimentos referentes à análise de dados.</i> .....	90
<b>Parte III – Resultados</b> .....	<b>92</b>
<b>3.1. Apresentação dos Resultados</b> .....	<b>92</b>
<b>3.1.1. Resultados quantitativos.</b> .....	<b>92</b>
<b>3.1.1.1. Resultados relativos aos afetos positivos e negativos – Dimensão afetiva do BES.</b> .....	<b>92</b>
3.1.1.1.1. <i>Resultados relativos aos afetos positivos e negativos, nos participantes agentes de intervenção.</i> .....	92
3.1.1.1.2. <i>Resultados relativos aos afetos positivos e negativos, nos participantes alvo de intervenção.</i> .....	94
<b>3.1.1.2. Resultados relativos à satisfação com a vida – Dimensão cognitiva do BES.</b> . 96	
3.1.1.2.1. <i>Resultados relativos à satisfação com a vida, nos participantes agentes de intervenção.</i> .....	96
3.1.1.2.2. <i>Resultados relativos à satisfação com a vida, nos participantes alvo de intervenção.</i> .....	97
<b>3.1.1.3. Resultados relativos ao florescimento nos participantes agentes de intervenção.</b> .....	<b>98</b>
<b>3.1.1.4. Resultados relativos ao MoCA nos participantes alvo de intervenção.</b> .....	<b>99</b>
<b>3.1.2. Resultados qualitativos.</b> .....	<b>101</b>
<b>3.1.2.1 Resultados relativos ao questionário sobre a experiência e o programa de intervenção dos participantes do grupo experimental de cada amostra.</b> .....	<b>101</b>
3.1.2.1.1. <i>Participantes agentes de intervenção.</i> .....	101
3.1.2.1.2. <i>Participantes alvo de intervenção.</i> .....	108
<b>Parte IV – Discussão dos Resultados</b> .....	<b>115</b>
<b>4.1. Discussão dos Resultados das Hipóteses.</b> .....	<b>115</b>
<b>4.2. Discussão das Questões de Investigação.</b> .....	<b>138</b>

<b>4.3. Discussão Global dos Objetivos de Estudo .....</b>	<b>145</b>
<b>4.4. Conclusão .....</b>	<b>150</b>
<b>Referências .....</b>	<b>151</b>
<b>Anexos.....(Os anexos e o respetivo índice encontram-se num volume separado)</b>	

### Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Consistência Interna (Alpha de Cronbach) para as Subescalas, AP e AN, da PANAS nas Amostras de Participantes Agentes e Alvo .....	92
Tabela 2 – Consistência Interna (Alpha de Cronbach) para a Escala SWLS nas Amostras de Participantes Agentes e Alvo. ....	96
Tabela 3 – Consistência interna (Alpha de Cronbach) para a Escala FS – Flourishing Scale na Amostra de Participantes Agentes.....	98
Tabela 4 – Consistência Interna (Alpha de Cronbach) Para o Teste de Rastreio Cognitivo MoCA – Montreal Cognitive Assessment na Amostra de Participantes Alvo de Intervenção .....	100
Tabela 5 – Análise da Categoria Impacto Pessoal – Participantes Agentes.....	102
Tabela 6 – Análise da Categoria Autoperceção do Desempenho no Programa – Participantes Agentes.....	102
Tabela 7 – Análise da Categoria Avaliação do Programa – Participantes Agentes.....	103
Tabela 8 – Análise da Categoria Razões para Repetir ou/e Recomendar o Programa – Participantes Agentes .....	105
Tabela 9 – Análise da Categoria Sugestões para o Programa – Participantes Agentes .....	106
Tabela 10 – Distribuição das Respostas às Perguntas Relativas à Perceção dos Participantes Agentes Sobre o Efeito do Programa de Intervenção no Funcionamento Cognitivo dos Participantes Alvo .....	107
Tabela 11 – Análise da Categoria Impacto Pessoal – Participantes Alvo.....	108
Tabela 12 – Análise da Categoria Avaliação do Programa – Participantes Alvo .....	110
Tabela 13 – Análise da Categoria Razões para Repetir ou/e Recomendar o Programa – Participantes Alvo .....	111
Tabela 14 – Análise da Categoria Sugestões para o Programa – Participantes Alvo .....	112
Tabela 15 – Distribuição das Respostas à Pergunta Relativa à Perceção dos Participantes Alvo Sobre o Efeito do Programa de Intervenção no seu Funcionamento Cognitivo .....	113

Tabela 16 – Análise da Categoria Autopercepção do Impacto no Funcionamento Cognitivo – Participantes Alvo ..... 113

Tabela 17 – Resultados do Cruzamento das Respostas Relativas à Percepção dos Participantes Agentes e Participantes Alvo Sobre o Desempenho Cognitivo Global Destes Últimos Após a Intervenção ..... 114

### Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1 - Desenho de investigação: VI – Variáveis Independentes; VD – Variáveis Dependentes; P/Agentes – Participantes Agentes; P/Alvo – Participantes Alvo; GE – Grupo Experimental; e GC – Grupo de Controlo.....	53
Figura 2 - Representação gráfica do Momento 1 – Pré-intervenção: VI – Variáveis Independentes; VD – Variáveis Dependentes; P/Agentes – Participantes Agentes; P/Alvo – Participantes Alvo; GE – Grupo Experimental; e GC – Grupo de Controlo .....	84
Figura 3 Histograma das Ordens do AN em Cada Momento no Grupo GE, dos P/Agentes de intervenção. ....	93
Figura 4 – Histograma das Ordens do AN em Cada Momento no Grupo GC, dos P/Agentes de intervenção. ....	93
Figura 5 - Histograma das Ordens do AP em Cada Momento no Grupo GE, dos P/Alvo de intervenção. ....	94
Figura 6 - Histograma das Ordens da SWLS em Cada Momento no Grupo GE, dos P/Agentes de Intervenção. ....	97
Figura 7 - Histograma das Ordens da SWLS em Cada Momento no Grupo GC, dos P/Alvo de Intervenção. ....	98
Figura 8 - Histograma das Ordens da FS em Cada Momento no Grupo GE, dos P/Agentes de Intervenção. ....	99
Figura 9 - Histograma das Ordens da FS em Cada Momento no Grupo GC, dos P/Agentes de Intervenção. ....	99
Figura 10 - Histograma das Ordens dos Valores do Teste MoCA em Cada Momento no Grupo GE, dos P/Alvo de Intervenção .....	100
Figura 11 - Histograma das Ordens dos Valores do Teste MoCA em Cada Momento no Grupo GC, dos P/Alvo de Intervenção. ....	100

## Lista de Abreviaturas

AAP	Associação de Alzheimer Portugal
AN	Afetos Negativos
AP	Afetos Positivos
BE	Bem-Estar
BEP	Bem-Estar Psicológico
BES	Bem-Estar Subjetivo
BESOC	Bem-Estar Social
CD	Centro(s) de Dia
DA	Doença de Alzheimer
DCL	Défice Cognitivo Ligeiro
DGS	Direção Geral da Saúde
DGSS	Direção Geral da Segurança Social
EA	Envelhecimento Ativo
EC	Estimulação Cognitiva
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
FS	Flourishing Scale
GC	Grupo de Controlo
GE	Grupo Experimental
IC	Intervenção(ões) Cognitiva(s)
IEA	Índice de Envelhecimento Ativo
INE	Instituto Nacional de Estatística
IP	Intervenção(ões) Positiva(s)
IPSS	Instituição(ões) Particular(es) de Solidariedade Social
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
M1	Momento 1 – Pré intervenção
M2	Momento 2 – Pós-intervenção
M3	Momento 3 – <i>Follow-up</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PANAS	Positive and Negative Affect Schedule
PNCM	Perturbações Neurocognitivas Major

P/Agentes	Amostra de Participantes Agentes da Intervenção
P/Alvo	Amostra de Participantes Alvo da Intervenção
PP	Psicologia Positiva
QEP	Questionário sobre a Experiência da Participação e sobre o Programa de Intervenção
QV	Qualidade de Vida
RC	Reabilitação Cognitiva
SCV	Satisfação com a Vida
SNC	Sistema Nervoso Central
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SWLS	Satisfaction with Life Scale
TC	Treino Cognitivo
TECP	Teoria do Envelhecimento Cognitivo em Patamares
UE	União Europeia
UNECE	Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa
US	Universidade(s) Sénior(es)
UC	Unidade(s) de Contexto
UR	Unidade(s) de Registo
VD	Variáveis Dependentes
VI	Variáveis Independentes

## Introdução

Atendendo ao número crescente de seniores na sociedade atual, torna-se pertinente estudar o desenvolvimento de estratégias que lhes proporcionem uma boa qualidade de vida (QV), com um envolvimento ativo em atividades geradoras de bem-estar (BE), como o voluntariado, a aprendizagem continuada ao longo da vida e a interação social.

O envelhecimento humano pode ser entendido como um processo natural, progressivo e irreversível gerador de alterações biopsicossociais (Cannon, 2015; Casey, 2017; Direção Geral da Saúde [DGS], 2006; Prerost, 2013; World Health Organization [WHO], 2015), que deve ser preparado e adaptado para que ocorra de forma autónoma e saudável, promovendo uma boa QV e BE durante o maior tempo possível, contrariando a sua associação a aspetos e conotações negativas que, além de afetarem a forma como os indivíduos vivenciam o seu processo de envelhecimento, também se repercutem no tipo de interação recíproca que se estabelece entre os mesmos e as sociedades a que pertencem, produzindo um efeito circular sistémico entre a pessoa sénior e a sociedade (Daniel, Caetano, Monteiro, & Amaral, 2016; Lamont, Swift, & Abrams, 2015; Sequeira, 2010; WHO, 2015).

O envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais presente nas sociedades atuais em geral (United Nations [UN], 2015a; 2017a) e, especialmente na Europa, prevendo-se que, na União Europeia (UE), a percentagem de indivíduos com mais de 65 anos, atinja os 30% em 2060 (Walker & Maltby, 2012) e que o rácio de dependência económica de pessoas idosas de 2013 a 2060 aumente de 27.8% para 50.1% (European Commission [EC], 2014;2015). Portugal também segue esta tendência, sendo um dos países que ocupa uma posição cimeira em termos de envelhecimento populacional (UN, 2017a). Segundo as projeções mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), o índice de envelhecimento nacional subirá até 2080, com uma proporção de 317 idosos para cada 100 jovens (2017).

Esta alteração da curva demográfica suscita uma revisão não só das estratégias económicas e sociais de sustentabilidade, mas também de aspetos relacionados com a saúde, o BE e a QV dos seniores, as quais, por sua vez, também contribuem para a manutenção de sociedades saudáveis e com menos custos sociais (Apóstolo, 2013; Pollack, 2015; WHO, 2015). Deste modo, torna-se primordial investir em formas de manter as pessoas idosas funcionais e ativas na sociedade, proporcionando-lhes uma boa QV. Esta noção e este propósito foram reconhecidos por diversas entidades de relevo internacional (UE, OCDE e OMS), levando à emergência do conceito de envelhecimento ativo (EA) como uma prioridade política major (Bülow & Söderqvist, 2014; de São José & Teixeira, 2014; Mendes, 2013; Moulaert & Paris,

2013; van Dyk, 2014; Walker & Maltby, 2012). O termo EA foi definido pela OMS como um processo que permite melhorar a QV dos idosos, mediante a criação de condições que lhes permitam uma maior segurança, um melhor acesso à saúde e uma maior participação na sociedade para promover e potenciar o BE biopsicossocial de acordo com os desejos, necessidades e capacidades dos indivíduos (e.g. Bárrios & Fernandes, 2014; Paúl, Ribeiro, & Teixeira, 2012; Walker, 2015; Walker & Zaidi, 2016; WHO, 2002; Zaidi et al., 2017).

A noção de atividade inerente ao conceito de EA é ampla e diz respeito a uma participação contínua em atividades e interesses de ordem social, cultural, económica e espiritual, que vai para além da capacidade de estar fisicamente ativo ou de pertencer ainda à população ativa. Além disso, a concretização do EA passa pela conjugação de esforços de vários atores sociais, incluindo os próprios seniores (de São José & Teixeira, 2014; Walker, 2015; WHO, 2002). Tendo por base estas premissas, o presente estudo procurou implementar um programa de intervenção inovador no âmbito do EA, através do envolvimento de seniores pertencentes a uma mesma comunidade numa dinâmica de interajuda que lhes conferisse uma voz ativa para fazer face aos problemas que habitualmente esta população enfrenta, criando também uma sinergia com as instituições de cariz social e cultural que lhes prestam auxílio. Isto porque, apesar de o EA ser cada vez mais difundido, a ausência de intervenções comunitárias numa dinâmica interpares no seu âmbito ainda se faz notar, apesar dos seniores, independentemente de estarem aposentados ou com incapacidades, poderem contribuir ativamente no seio das suas comunidades (Bárrios & Fernandes, 2014; Menichetti, Cipresso, Bussolin, & Graffigna, 2016).

Por isso foi criado um programa que procurou fomentar atividades em que seniores mais jovens e autónomos dispostos a ser voluntários pudessem realizar uma formação teórico-prática respeitante aos problemas cognitivos e a formas de intervenção não farmacológicas, como as intervenções cognitivas (IC) para que, posteriormente, fossem realizar sessões de estimulação e treino cognitivo junto de seniores mais velhos que frequentam centros de dia (CD) da mesma área geográfica e que necessitam de um maior auxílio, uma vez que se encontram com prejuízos cognitivos leves, maior fragilidade física e restrição social. Todas as sessões contaram com o apoio de supervisão de uma equipa de Psicologia.

As atividades do programa tiveram como escopo promover as emoções positivas e as capacidades cognitivas, bem como promover o alargamento da rede de contatos e suporte social, fomentar oportunidades de aprendizagem e de participação em atividades sociais produtivas como o voluntariado, as quais fazem parte dos fatores sociais do EA (Abdullah & Wolbring, 2013; Bárrios & Fernandes, 2014; Paúl et al., 2012; WHO, 2002).

Assim sendo, a promoção do envolvimento em atividades sociais procuraram aumentar o BE de ambos os grupos de seniores, ou seja, dos voluntários agentes da intervenção (P/Agentes), e dos participantes alvo da mesma (P/Alvo) e ainda o funcionamento cognitivo destes últimos. As IC visam impactar o positivamente o funcionamento cognitivo, retardar a progressão das perdas cognitivas e melhorar a QV dos indivíduos, havendo evidências que as mesmas são eficazes para potenciar uma reorganização neuroplástica (Ballesteros, Kraft, Santana, & Tziraki, 2015; Chandler, Parks, Marsiske, Rotblatt, & Smith, 2016; Maffei et al., 2017; Mewborn, Lindbergh, & Miller, 2017; Sherman, Mauser, Nuno, & Sherzai, 2017; Tardif & Simard, 2011).

Cada grupo de participantes constituiu uma amostra distinta (P/Agentes e P/Alvo, respetivamente), subdivididas aleatoriamente em dois grupos equivalentes, um grupo experimental (GE) e um grupo de controlo (GC). Os GE realizaram o programa de intervenção e os respetivos GC foram apenas avaliados sem participar do mesmo. Aos P/Agentes foram avaliados o BES e o florescimento e aos P/Alvo foram avaliados o BES e o desempenho cognitivo. O estudo contemplou três momentos diferentes: pré-intervenção; pós intervenção; *follow-up*. Além disso, integrou uma recolha de dados qualitativos para complementar os resultados quantitativos, possibilitar o acesso às perceções dos participantes acerca da sua vivência e da qualidade do programa e, ainda, recolher as suas sugestões para eventuais melhorias futuras.

Assim sendo, esta investigação traduziu-se num estudo experimental e longitudinal, procurando suprir as lacunas deste tipo de investigação no âmbito das intervenções positivas (IP) junto da população sénior (Araújo, Ribeiro, & Paúl, 2017; Diener, Heintzelman et al., 2017; Diener, Pressman, Hunter, & Delgado-Chase, 2017; Jiménez, Izal, & Montorio, 2016), cujo objetivo é potenciar o aumento do BE e ainda das IC que também carecem de mais investigação experimental e longitudinal (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Belleville, 2008; Papp, Wals, & Snyder, 2009; Sherman et al., 2017). Além de procurar fazer mais investigação neste tipo de intervenções, o presente estudo também possui um carácter exploratório, na medida em que conjuga estes dois tipos de intervenção (Castel, Lluch, Ribas, Borràs, & Moltó, 2017; Gates, Valenzuela, Schdev, & Singh, 2014; Tardif & Simard, 2011; Woods, Aguirre, Spector, & Orrel, 2012) e, especialmente, porque procurou simultaneamente que as mesmas fossem realizadas através da promoção da dimensão social, a qual tem um papel fundamental para o BE e para a cognição (e.g. Adams, Leibbrandt, & Moon, 2011; Ballesteros, Kraft et al., 2015; Guiney & Machado, 2018).

## **Parte I – Enquadramento Teórico**

### **1.1. O Envelhecimento**

Qualquer reflexão acerca do envelhecimento suscita uma série de indagações que, em si, revelam o carácter pluridimensional deste tema. De entre as respostas às diferentes possíveis questões que se levantam, uma tem sido unanimemente inequívoca: o envelhecimento é uma realidade comum e partilhada por todos nós enquanto seres humanos.

Um dos principais aspetos que ajudam a situar a nossa identidade pessoal, ao longo do percurso de vida, é a idade, em relação à qual as sociedades têm vindo a estabelecer diferentes marcos para diferenciar as fases da vida e os papéis sociais a elas correspondentes, como cerimónias iniciáticas ou limites etários legais (Alaphilippe & Bailly, 2014, Settersten & Godlewski, 2016). Contudo, estas construções sociais acerca da idade não devem ser entendidas como um padrão universal nas diferentes culturas e muito menos como algo definitivo numa mesma sociedade, correndo o risco de ficarem aquém da diversidade existente entre sujeitos e, conseqüentemente, das reais capacidades que as populações seniores apresentam (e.g. Daniel, Antunes, & Amaral, 2015; Lamon et al., 2015; Lassen & Moreira, 2014; Löckenhoff et al., 2009; Mohanty, 2013; Scherbov & Sanderson, 2016; WHO, 2015).

Posto isto, é possível, entre muitas, colocarmos as seguintes perguntas: O que é ser sénior? Quando começa esta fase? O que é que acontece a partir deste momento?

Todas estas questões podem consubstanciar-se numa resposta que, apesar da sua simplicidade aparente, detém em si todos os elementos para uma explicação satisfatória. Assim, de uma forma geral, pode dizer-se que o envelhecimento corresponde a um processo natural e irreversível que ocorre ao longo do tempo nos organismos, devido a fatores endógenos e ambientais, e que é gerador de mudanças, as quais afetam os mesmos. Nos seres humanos, numa fase mais avançada do ciclo de vida, este processo complexo e progressivo produz alterações biopsicossociais no seu percurso existencial, sendo desejável que seja preparado e adaptado para que ocorra de forma autónoma e saudável, promovendo uma boa QV e BE durante o maior tempo possível, de forma a favorecer mecanismos de crescimento onde a tendência atualizante se possa manifestar de forma mais plena (e.g. Cannon, 2015; Casey, 2017; Ciosak et al., 2011; DGS, 2006; Hipólito, 2011; Prerost, 2013; WHO, 2015).

O envelhecimento é um fenómeno que tem vindo a suscitar cada vez mais interesse e levado à procura de teorias explicativas, não só pela complexidade a ele inerente, mas também porque se tem verificado um aumento da longevidade e um crescente envelhecimento populacional a nível mundial, os quais têm vindo a originar grandes transformações, não só na vida dos

indivíduos, mas também económicas e sociais (e.g. Barros de Oliveira, 2010; Bengston & Settersten, 2016; Cannon, 2015; Hasworth & Cannon, 2015; Lipsky & King, 2015; Sequeira, 2010; Wernher, & Lipsky, 2015, UN, 2015; 2017a; 2017b).

Para além dos limiares etários, diferentes terminologias, tais como: “velho”, “idoso”, “reformado”, “sénior” “antigo”, têm sido utilizadas para fazer referência às pessoas com idade adulta mais avançada. Destarte, estes vocábulos também refletem construções sociais positivas e negativas que cada cultura faz do conceito de grupo etário ou de idade e que, ao serem partilhadas e enraizadas em costumes e crenças, se tornam uma realidade comum para os seus membros sobre o que é ser idoso. Deste modo, elas vão ter um importante impacto não só para a forma como os indivíduos vivenciam o processo de envelhecimento, mas também para o tipo de interação recíproca que se estabelece entre os mesmos e as sociedades a que pertencem, produzindo um efeito circular sistémico entre a pessoa sénior e a sociedade<sup>1</sup> (Alaphilippe & Bailly, 2014; Ahmed, Chaudry, & Farooq, 2015; Barros de Oliveira, 2010; Daniel et al., 2015; Daniel, Caetano, Monteiro, & Amaral, 2016; Gil, 2015; Kotter-Grühn & Hess, 2012; Lamont et al., 2015; Löckenhoff et al., 2009; Mendes, 2013; Mohanty, 2013; Paúl, 2012; Ribeiro & Paúl, 2011; Seibel, 2016; Settersten & Godlewski, 2016).

### **1.1.1. Definição do conceito.**

Apesar da amplitude e da variação cultural, a importância do enquadramento do envelhecimento para a vida social mantém constante a busca de um critério que permita demarcar a entrada na idade adulta avançada. Embora não exista um consenso estrito para estabelecer uma data que permita determinar quando uma pessoa se torna “velha”, o critério cronológico, desde a sua introdução, tem vindo a ser o mais difundido nos países ocidentais.<sup>2</sup> Porém, ao lhe ser inculcido um carácter normativo, este critério faz com que, muitas vezes, esta transição adquira uma conotação socialmente negativa, devido às possíveis consequências associadas à imposição da reforma (Almeida, 2012; Conde-Ruiz & González, 2016; Higgs & Gilleard, 2014; Sanderson & Scherbov, 2015; Scherbov & Sanderson, 2016; Seeleib-Kaiser, 2016; Seibel, 2016; Sequeira, 2010; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2017; Spar & La Rue, 2005; UN, 2015a; VandenBos, 2010; von Herbay, 2014; Vostatek, 2017; WHO, 2008, 2015).

Além disso, o critério cronológico não deve ser seguido como algo absoluto e definitivo, sem ter presente as suas possíveis limitações. Um exemplo de crítica reside no facto de a sua

---

<sup>1</sup> Por isso, neste estudo, optou-se por privilegiar o conceito de sénior, por estar mais próximo de uma visão dinâmica e positiva desta fase de vida.

<sup>2</sup> Desde a sua introdução por Bismarck (Séc. XIX), o critério cronológico, tem vindo a ser o mais difundido nos países ocidentais, de forma a aceder aos benefícios sociais associados à reforma e auxiliar a implementação de políticas neste âmbito. Assim sendo, enquanto que na generalidade dos países em vias de desenvolvimento, as sociedades tendem a pautar-se pelos 60 anos como marco de entrada na terceira idade, no caso de grande parte dos países economicamente mais desenvolvidos, o patamar etário é os 65 anos ou mais.

aplicabilidade ser variável e a sua sobreposição com a reforma poder levantar controvérsia, dado que existem diferentes idades passíveis para o término da atividade profissional (e.g. Mohanty, 2013; Paúl & Fonseca 2005; Ribeiro & Paúl, 2011; Seibel, 2016; Spar & La Rue, 2005). Outro consiste na sua incapacidade de traduzir o processo de envelhecimento enquanto fenómeno evolutivo e idiossincrático e, que nos dias de hoje, tem sido acompanhado por um aumento da longevidade e saúde. Tudo isto põe em causa os limites etários tradicionalmente estabelecidos e demonstra que, mesmo no âmbito da investigação, o entendimento do envelhecimento requer também a adoção de uma abordagem de cariz individual e personalizada, especialmente quando se pretende realizar a prática clínica ou intervenções que procurem promover o BE (e.g. American Psychological Association [APA], 2014; Barros de Oliveira, 2010; Cannon, 2015; Casey, 2017; Paúl & Fonseca, 2005; Scherbov & Sanderson, 2016; Sequeira 2010; Settersten & Godlewski, 2016).

Deste modo, as políticas sociais (SNS, 2017; WHO, 2015) e a investigação científica (no âmbito da Psicologia, Gerontologia e Medicina), têm vindo a propor novos patamares cronológicos como os 75 anos de idade para distinguir os “velhos-jovens” dos “velhos-velhos”; e os 85 anos de idade para demarcá-los dos “velhos-mais-velhos”; e ainda o conceito de quarta idade, que habitualmente equivale ao último patamar. Estas novas classificações procuram uma compreensão mais profunda da heterogeneidade presente na progressão do envelhecimento dos indivíduos, representando também as reais capacidades e os possíveis papéis que lhes podem ser atribuídos (e.g. Barros de Oliveira, 2010; Cannon, 2015; Comploj et al., 2015; Fastame & Penna, 2014; Gilleard & Higgs, 2010; Higgs & Gilleard, 2014; Sanderson & Scherbov, 2015; Saxon, Etten, & Perkins, 2015; Settersten & Hagestad, 2015; Spar & La Rue, 2005; von Humboldt & Leal, 2015).

Atualmente, no âmbito da Psicologia e da Gerontologia, o critério cronológico tem vindo a ser substituído por um novo conceito, mais atento à identidade etária dos indivíduos e que se interliga ao BE e à QV dos mesmos. Trata-se do conceito multidimensional de *idade subjetiva*, que reflete as autoperceções do envelhecimento e que engloba a idade sentida, a percebida e a desejada (e.g. Alaphilippe & Bailly, 2014; Kastenbaum, Derbin, Sabatini, & Artt, 1972; Kotter-Grühn & Hess, 2012; Kotter-Grühn, Kornadt, & Stephan, 2016; von Humboldt, Leal, Pimenta, & Niculescu, 2012; Settersten & Godlewski, 2016; Wurm, Diehl, Kornadt, Westerhof, & Wahl, 2017). Estas dimensões suscitam cada vez maior interesse e ajudam a perceber o sentido evolutivo que os indivíduos atribuem aos seus próprios processos de envelhecimento. Nesse sentido, alguns estudos têm concluído que a idade subjetiva constitui um melhor preditor deste processo no que respeita às consequências e desfechos ao nível da saúde e do BE. Por outro lado, a idade subjetiva,

enquanto autopercepção, não deixa de ser influenciada pelas emoções e por fatores externos, sendo fundamental que sejam tomadas ações de intervenção e políticas que estimulem a partilha de uma visão mais positiva acerca do envelhecimento (Dutt & Wahl, 2017; Infurna, Gerstorf, Robertson, Berg, & Zarit, 2010; Mirucka, Bielecka, & Kisielewska, 2016; Morelock, Strokes, & Moorman, 2017; Stephan, Caudroit, Jaconelli, & Terracciano, 2014; Stephan, Sutin, & Terracciano, 2015).

### **1.1.2. A emergência da Gerontologia e de uma abordagem holística.**

O envelhecimento populacional atual suscita uma crescente atenção nas sociedades contemporâneas (United Nations [UN], 2017b; WHO, 2015). Porém, este processo e as suas repercussões não são um interesse ou uma preocupação recente. Contudo, é no século XX que, com Metchnikoff, a Gerontologia surge como um campo da ciência sistematizado que se dedica exclusivamente ao seu estudo. Cabe à Gerontologia e às suas ramificações estudar o processo de envelhecimento, enquanto fenómeno holístico, numa vertente biopsicossocial e comportamental e, ainda, debruçar-se sobre as questões de funcionalidade e dependência que o mesmo acarreta, mantendo uma perspectiva positiva e de BE (Ahmed et al., 2015; Barros de Oliveira, 2010; Burstein, 1946; Fernández-Ballesteros, 2012; Mohanty, 2013; Mulley, 2012; Paúl, 2005; 2012; Paúl & Ribeiro, 2012).

O avanço científico fez com que fossem surgindo diferentes e múltiplas teorias explicativas do envelhecimento. Alguns autores, como Schroots (1996) e Birren (1995), que procuraram fazer sistematizações das mesmas, continuam a evidenciar que nenhuma delas isoladamente explica cabalmente o fenómeno do envelhecimento e as suas implicações, reforçando que enquanto processo dinâmico que é, o envelhecimento resulta de uma multiplicidade de fatores biológicos, sociais e psicológicos (Barros de Oliveira, 2010; Bengston & Schaie; Birren, citados por Barros de Oliveira, 2010; Bengston & Settersten, 2016; Bengston, Gans, Putney, & Silverstein, 2009; Cannon, 2015; Paúl, 2005; Sequeira, 2010).

Atualmente, tem sido consensual, que embora o enfoque de cada perspectiva permita aprofundar determinadas questões, só uma visão global e interligada entre as três dimensões (bio-psico-social) proporciona um melhor e mais completo entendimento do processo de envelhecimento, razão pela qual esta abordagem inspira o presente estudo (Agogo, Milne, & Schewe, 2014; Cannon, 2015; Hasworth & Cannon, 2015; Daniel, 2012; Lipsky & King, 2015; Wernher & Lipsky, 2015).

## 1.2. As Alterações Biopsicossociais Inerentes ao Envelhecimento<sup>3</sup>

Da natureza multidimensional e da gradual progressividade do envelhecimento derivam dois principais corolários. Em primeiro lugar, este processo produz alterações em diferentes planos, que nem sempre são simultâneas e equivalentes entre si, ganhando uma maior expressão numa fase de idade avançada. Por outro lado, essa dinâmica requer um olhar holístico sem nunca deixar de ter presente cada pessoa em si, pois a expressão que o envelhecimento pode adquirir varia muito entre sujeitos. Independentemente de um possível cenário com presença de autonomia, ou onde possa haver a vivência de maiores limitações, as graduais perdas provocadas pelo envelhecimento implicam a necessidade de adaptações por parte dos indivíduos, mas isto não significa que se esteja perante um quadro de doença, como erroneamente muitas vezes o envelhecimento acaba por ser percecionado. Como tal, acompanhado ou não de quadros patológicos, qualquer olhar sobre este ciclo vital que procure promover a QV e BE, deve, por isso, partir de uma perspetiva positiva (e.g. Belsky et al., 2017; Casey, 2017; Ciosak et al., 2011; Fonseca, 2012; Daniel, 2012; King & Lipsky, 2015; Mitniski, Song, & Rockwood, 2013; Sequeira, 2010; Spini, Jopp, Pin, & Stringhini, 2016; Venkatapuram, Ehni, & Saxena, 2017; Wienclaw, 2013).

Torna-se essencial fazer uma distinção das vicissitudes que correspondem ao processo de envelhecimento em si, daquilo que lhe é secundário. Para tal, tem sido corrente na literatura diferenciar senescência (ou envelhecimento primário) de senilidade (ou envelhecimento secundário). Por senescência entende-se as alterações morfológicas, funcionais e biológicas que vão surgindo com o avanço da idade, as quais geram perdas, estados de vulnerabilidade e declínio funcional não invalidantes, enquanto que a senilidade corresponde as alterações consequentes de patologias que habitualmente ocorrem nesta fase da vida, mas que nem sempre estão presentes. Note-se que, por vezes, esta distinção nem sempre é fácil porque, se por um lado, o envelhecimento normal não implica a presença de doenças e senilidade, por outro, também potencia o terreno para que algumas delas sejam frequentes neste ciclo de vida. Contudo, não deixa de ser importante tentar fazer uma diferenciação, na medida em que a sua ausência pode levar à desvalorização de sintomatologia e impedir a realização de diagnósticos precoces e tratamentos eficazes (Birren & Zarit, citados por Sequeira, 2010; Cannon, 2015; Casey, 2017; Ciosak et al., 2011; King & Lipsky, 2015; Prerost, 2013; Spar & La Rue, 2005; Salech, Jara, & Michea, 2012; VandenBos, 2010).

---

<sup>3</sup> Tendo em conta a relevância da abordagem biopsicossocial para o entendimento das alterações inerentes ao fenómeno do envelhecimento, neste capítulo, será feita uma breve menção das mesmas, atendendo às vertentes que a compõem, destacando-se, no fim, as alterações relativas ao funcionamento cognitivo, pelo seu relevo para este estudo.

Embora seja artificial fazer-se uma definição isolada das componentes psicossociais, o envelhecimento humano biológico normal pode traduzir-se como um conjunto de alterações anatómicas e fisiológicas que ocorrem ao longo do tempo, associado a uma diminuição da capacidade regenerativa e reparadora celular dos órgãos e dos tecidos, que origina um decréscimo na reserva fisiológica e, por conseguinte, na funcionalidade dos indivíduos. Por detrás das transformações celulares e orgânicas existem vários fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e comportamentais que concorrem simultaneamente entre si e cujo grau de efeito pode ser variável. A evidência científica sobre a concomitância dos diferentes fatores aponta para que os dois tipos de teorias biológicas principais, nomeadamente as teorias programadas ou genéticas (envelhecimento determinado pela ação de génes específicos) e as não programadas ou estocásticas (envelhecimento resultante do desgaste de ações ambientais acumuladas no tempo) não sejam mutuamente exclusivas (Agogo et al., 2014; Almeida, 2012; Casey, 2017; Goldsmith, 2016; Khan, Singer, & Vaughn, 2017; King & Lipsky, 2015; Lipsky & King, 2015; Mitniski et al., 2013; Prerost, 2013; Salech et al., 2012; Wienclaw, 2013).

Para além das mudanças anátomo-funcionais que são facilmente perceptíveis (e.g. lentificação dos movimentos, surgimento de cabelos brancos, perda da elasticidade da pele), a nível biológico, o envelhecimento provoca modificações internas no organismo, como é o caso das alterações metabólicas e de alguns órgãos vitais que propiciam uma maior vulnerabilidade a doenças e uma perda de funcionalidade. O declínio que ocorre durante o envelhecimento normal, em cada um dos diferentes sistemas orgânicos, vai ter uma influência sistémica nos demais. Assim, por exemplo as alterações a nível do sistema cardiovascular dos vasos sanguíneos podem potenciar lesões por AVC e influenciar indiretamente o funcionamento cognitivo e a atividade física do indivíduo (Casey, 2017; Cutler et al., 2017; Khan et al., 2017; King & Lipsy, 2015; Miche et al., 2014; Prerost, 2013; Raza, Raza, Qamar, & Liaqat, 2015; Roberts et al, 2016; Salech et al., 2012).

A nível do sistema nervoso, as mudanças podem ser estruturais e funcionais, como por exemplo, a atrofia cortical e da substância branca originando uma redução do peso e volume do cérebro, acumulação de placas senis, perdas neuronais e alterações neuroquímicas e sinápticas e uma redução da atividade das células progenitoras de neurónios. Contudo, estudos recentes têm demonstrado que estas alterações derivantes do envelhecimento normal podem ser variáveis e estar mais delimitadas a certas áreas como o córtex pré-frontal, enquanto as áreas de associação temporoparietais, habitualmente, estão mais preservadas. Embora o cérebro possua mecanismos compensatórios para lhes fazer face, tais como a plasticidade neuronal estrutural ou funcional, estes mecanismos por si só podem não ser suficientes, pois além de

poderem ser sistemicamente afetados, também dependem da estimulação que advém do nível de atividade e estilo de vida que as pessoas mantêm. Contudo, é graças a estes mecanismos que, no envelhecimento normal, as graduais mudanças psicológicas e cognitivas não implicam uma perda de autonomia (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Ghosh, 2017; Goh & Park, 2009; Khan et al., 2017; Klimova, Valis, & Kuca, 2017; King & Lipsky, 2015; Phillips, 2017; Prerost, 2013; Raza et al., 2015; Salech et al., 2012; Wang, Romine, Gao, & Chen, 2017; Xie et al., 2016).

O envelhecimento também vai ter repercussões na forma de pensar, agir e sentir. Para compreender o envelhecimento psicológico é preciso ter em conta diversos fatores como o contexto sociocultural e a presença ou não de quadros patológicos. Por isso, o envelhecimento psicológico está intimamente ligado com a forma como cada pessoa vivencia o seu projeto existencial, como percebe a sua satisfação com a vida (SCV) e os sentimentos que vivencia (APA, 2014; Charles & Carstensen, 2010; Daniel, 2012; Prerost, 2013; Sequeira, 2010; Wernher & Lipsky, 2015). Com o passar do tempo, o risco de perda de pessoas significativas, o declínio físico, as mudanças de papéis sociais, a perda de recursos económicos, a falta de apoio familiar e, ainda, o contato com estereótipos negativos, constituem alguns dos fatores e acontecimentos que propiciam uma maior probabilidade de contato com emoções e sentimentos negativos. Isto faz com que, muitas vezes, os seniores se encontrem perante situações de vulnerabilidade, desenvolvam sentimentos de inutilidade, investindo menos em si, potenciando assim, um prejuízo geral na sua saúde física e mental que, para além de afetar as suas faculdades cognitivas, pode dar azo ao surgimento de perturbações psicopatológicas (e.g. ansiedade, depressão e perturbações do sono e vigília). Em contrapartida, muitas pessoas idosas, face a algumas destas circunstâncias, demonstram que, para além de conseguirem alcançar processos adaptativos, conseguem também vivenciar emoções positivas e usufruir de BE (APA, 2014; Daniel, 2012; Hannaford, Moore, & Macleod, 2017; Irshad & Chaudhry, 2015; Settersten & Godlewski, 2016; Tello-Rodríguez, Alarcón, & Vizcarra-Escobar, 2016).

De acordo com Wernher e Lipsky (2015), para além das teorias que se dedicam exclusivamente à componente cognição, existem outras teorias psicológicas que demonstram que o envelhecimento normal, enquanto parte de um contínuo, traduz-se numa fase de ganhos e perdas, podendo ocorrer de forma psicologicamente favorável. De entre elas, destacam as teorias desenvolvimentais e aquelas que mais diretamente se relacionam com a autorregulação emocional (teorias do controlo cognitivo e do bem-estar emocional; do efeito de positividade; e da seletividade socio-emocional) e com a autorregulação dos comportamentos com vista a um envelhecimento bem-sucedido (teoria da seleção otimização e compensação – SOC). Segundo Lawrie e Phillips (2016), vários estudos reportam que, de facto, os seniores possuem uma

melhor regulação emocional, uma mais apurada capacidade para enquadrar as situações e tendem a reportar mais facilmente a experiência de emoções positivas.

Uma das principais ideias subjacentes às teorias desenvolvimentais é que o crescimento psicológico e a capacidade de aprendizagem e obtenção de ganhos prosseguem ao longo de toda a vida, incluindo na velhice. Nesse sentido, o BE neste ciclo vital, resulta da forma como decorreu o percurso de vida, mediante o condicionamento das influências socioculturais e dos comportamentos adotados (Erikson, citado por Wernher & Lipsky, 2015; Hearn et al., 2012).

As teorias do controlo cognitivo e do bem-estar emocional, do efeito da positividade e da seletividade socio-emocional baseiam-se no facto de que a necessidade de integração social e o funcionamento emocional dos indivíduos pouco varia com a idade e que, mesmo havendo uma perceção diferente a outras fases da vida, na velhice as emoções continuam a ter uma grande influência no bem-estar físico e mental (Charles & Carstensen, 2010; Reed, Chan, & Mikels, 2014; Wernher & Lipsky, 2015). Estas teorias traduzem diferentes perspetivas quanto ao controlo cognitivo e autorregulação emocional.

Enquanto a primeira realça que os seniores são habitualmente mais eficazes na graduação das emoções e na atribuição de novos significados perante as situações de perda, permitindo-lhes conseguir, investir mais sabiamente em estratégias (atividade física ou o fomento da participação social) para promover a saúde no geral (Kryla-Lighthall & Mathler, 2009; Wernher & Lipsky, 2015); a teoria do efeito da positividade, postula que as emoções e a cognição encontram-se em interação, a qual pode apresentar variações atendendo à idade, o que explica a existência de uma tendência para que, nos seniores, a informação de teor emocional positiva face à negativa seja privilegiada nos processos de memória e atenção. Por outro lado, a teoria da seletividade socio-emocional reforça estes achados, na medida em que prevê que os seniores, tendo mais presente a noção do tempo remanescente, reequacionam as suas motivações, dando mais importância, nos processos cognitivos, a objetivos emocionais em detrimento dos mais materiais. Além disso, esta teoria evidencia que as pessoas mais velhas se tornam mais seletivas nas suas interações sociais, evitando aquelas mais suscetíveis de conflito e investindo nas que proporcionam maior gratificação. Estas últimas duas teorias enfatizam que, na ausência de prejuízos cognitivos e agentes stressores crónicos, a autorregulação emocional e seleção das relações e comportamentos estão intimamente relacionadas com o facto de as pessoas mais velhas poderem sentir maiores níveis de bem-estar emocional (Carstensen, 2006; Carstensen & DeLiema, 2018; Carstensen, Fung, & Charles, 2003; Carstensen & Mikels, 2005; Charles & Carstensen, 2010; Kan, Garrinson, Drummey, Emmert, & Rogers, 2017; Mather & Carstensen, 2005; Reed et al., 2014).

Quanto à autorregulação comportamental, a teoria SOC desenvolvida por Baltes e Baltes (citados por Charles & Carstensen, 2010; Müller & Weigl, 2015; Wernher & Lipsky, 2015) prediz que os seniores tornam-se mais cientes dos ganhos e perdas perante o decréscimo da funcionalidade e oportunidades e, como tal, redefinem as suas prioridades, otimizando os seus recursos pessoais existentes para as atividades que lhes são significativas e recompensadoras ou ainda buscando novos recursos para alcançá-las. Estas estratégias de ajustamento aplicada na manutenção das relações emocionalmente satisfatórias promovem o BE.

Todos estes potenciais mecanismos adaptativos presentes no âmbito de um envelhecimento normal, devem ser considerados na prática clínica e na implementação de intervenções, na medida em que o seu reforço e apoio possibilitam formas de ultrapassar as dificuldades que surgem neste ciclo de vida, promovendo assim a saúde e o BE (Knight & Durbin, 2015; Scheibe & Carstensen, 2010; Wernher & Lipsky, 2015).

O envelhecimento também provoca alterações a nível social. Para além das consequências que o declínio físico e psicológico possam causar na sociabilização, tem sido evidenciado na literatura o impacto de alguns fatores tais como a entrada na reforma, o papel da família como meio de suporte, a perda de pessoas significativas e o impacto das representações sociais. Por outro lado, a variação do peso destes aspetos depende de outras variáveis e circunstâncias como as características pessoais, o percurso de vida de cada indivíduo, o nível educativo e a cultura a que pertence (e.g., Daniel, 2012; Daniel et al., 2015; Gilmour, 2012; Henning, Lindwall, & Johansson, 2016; Muratore, Earl, & Collins, 2014; Routray, 2017; Sequeira, 2010; Undiyaundeye, 2016; WHO, 2015).

A transição para a etapa de inatividade profissional corresponde habitualmente a um grande marco na vida das pessoas que requer adaptações profundas (e.g. rompimento de rotinas e contactos, perda de poder aquisitivo e *status*). A forma como esta etapa é preparada e encarada a nível individual e social produz efeitos no envolvimento ou distanciamento de contactos sociais, de atividades benéficas e estimulantes e, conseqüentemente, na saúde. Por outro lado, independentemente dos planos pessoais no sentido de adaptação (e.g. envolvimento noutras trabalhos após a reforma ou em ações de voluntariado), a imposição de um afastamento profissional e a imagem de inutilidade associada ao mesmo tendem a privar as pessoas idosas de poder manter um contributo mais ativo na vida social e comunitária, ainda que possuam várias qualidades e recursos presentes e, como tal, contribuem para que as pessoas circunscrevam, cada vez mais, as suas interações sociais, limitando-as ao contato com algumas pessoas próximas e sobretudo com a família (Daniel et al., 2015; Henning et al., 2016; Loureiro,

Ângelo, da Silva, & Pedreiro, 2015; Routray, 2017, Segel-Karpas, Ayalon, & Lachman, 2018; Undiyaundeye, 2016; van den Boogard, Henkens, & Kaminj, 2014).

Inseridas na atual conjuntura socioeconómica pautada por um ambiente de competitividade profissional (mobilidade geográfica e horários laborais), muitas famílias têm vindo a sofrer modificações na sua composição e estrutura (e.g. menor dimensão) e no papel de apoio. Estas mudanças também vão ter um impacto na vida e nos papéis dos seus membros seniores, que com a chegada da reforma, muitas vezes, deixam de ter a função de sustentar o núcleo familiar, gerando a necessidade de readaptação desse sistema. Mesmo perante este panorama, isso não implica que estas pessoas, num primeiro momento, não possam ter outro tipo de papéis ativos (e.g. dar apoio aos netos). Contudo, também é frequente o risco de estas pessoas, quando deixam de contribuir e se tornam mais dependentes, não poderem contar com o apoio dos familiares passando, assim, a ter a necessidade de recorrer a cuidados indiretos ou de apoios institucionais (Daniel et al., 2016; Loureiro et al., 2015; Sequeira, 2010, Souza, Pelegrini, Ribeiro, Pereira, & Mendes, 2015; Tomini, Tomini, & Groot, 2016; WHO, 2015).

Estes fatores socioeconómicos e familiares, juntamente com as graduais perdas de funcionalidade, podem contribuir para a construção de representações sociais negativas acerca do envelhecimento (e.g. pessoas dependentes, improdutivas), as quais vão afetar sistemicamente não só os próprios seniores na forma como vivenciam o seu envelhecimento, mas as sociedades onde estão inseridos. A difusão destes estereótipos negativos dá azo a que se fomentem atitudes e crenças que potenciam comportamentos e políticas discriminatórias relativamente aos seniores, incluindo no setor da saúde<sup>4</sup> (Achenbaum, 2015; Ahmed et al., 2015; Daniel et al., 2015; Fernández-Ballesteros et al., 2016; Frost, Ranse, & Grealish, 2016; Malta & Doyle, 2016; Settersten & Godlewsky, 2016; Venkatapuram et al., 2017).

A exposição a este tipo de preconceitos pode levar a uma internalização e assimilação dos mesmos, afetando os seniores quer a nível das suas autoperceções e emoções, quer a nível dos comportamentos que adotam relativamente à promoção da saúde, contribuindo para situações de fragilidade, necessidade de apoio e, inclusive, risco de morte. Apesar de tendencialmente os seniores sentirem idades subjetivas mais jovens e isso poder representar um efeito protetor face ao um contexto menos favorável, o contato prolongado com estereótipos negativos e o isolamento podem prejudicar o BE, a saúde e o desempenho cognitivo. Atendendo ao crescente envelhecimento populacional, torna-se imperativo a implementação de ações pedagógicas e a prática de políticas que permitam promover um cenário oposto, até porque existe uma interação

---

<sup>4</sup> Todas estas dinâmicas consubstanciam o conceito de idadismo (Butler, 1969).

de influência recíproca entre as componentes biopsicossociais (Ahmed et al., 2015; Fernández-Ballesteros, Bustillos, & Huici, 2015; Han & Richardson, 2015; Hummert, 2015; Kotter-Grühn & Hess, 2012; Lamont, Nelis, Quinn, & Clare, 2017; Lamont et al., 2015; Levy, 2009; Mirucka et al., 2016; Popham & Hess, 2016; Sargent-Cox & Anstey, 2015; Setterstten & Godlewsky, 2016; Venkatapuram et al., 2017).

Por isso, é importante que, nas sociedades atuais, haja concomitantemente um investimento na criação de novas formas de integração e atividades (e.g. educacionais, de lazer, de convívio, de voluntariado) que incentivem a participação social e comunitária dos seniores, para um envelhecimento saudável e com qualidade. De entre os diferentes aportes positivos tem sido destacado que a participação social promove a autonomia dos seniores, contribuindo positivamente para uma melhor saúde física e mental, um melhor desempenho cognitivo, BE e para o aumento da longevidade. Só assim é possível também, não apenas ampliar a rede social e fomentar relações de suporte e de reciprocidade, fazendo jus aos aportes favoráveis que o avanço da idade proporciona, mas também contrariar os estereótipos negativos e as atitudes idadistas que prejudicam o autoconceito, a saúde e o BE dos seniores (e.g. Adams et al., 2011; Atkins, Naismith, Luscombe, & Hickie, 2013; Ballesteros, Kraft et al., 2015; de Brito, Nunes, Corona, Alexandre, & Duarte, 2017; Cho, Martin, & Poon, 2015; Gilmour, 2012; James, Wilson, Barnes, & Bennett; 2011; Kelly et al., 2017; Marioni et al., 2015; Ola & Mathur, 2017; Routray, 2017; Segel-Karpas et al., 2018; Souza et al., 2015; Tomini et al., 2016; Venkatapuram et al., 2017; Wang, He, & Dong, 2015 ;WHO, 2015).

De acordo com o que foi anteriormente explanado, as alterações biológicas, especialmente as que afetam o SNC e o sistema sensorial, aliadas aos fatores psicossociais produzem alterações no funcionamento cognitivo dos seniores. Contudo, as possíveis perdas cognitivas no âmbito do envelhecimento normal habitualmente acontecem de forma gradual, não constituem défices incapacitantes e apresentam uma grande variabilidade de expressão entre sujeitos, consoante a influência dos fatores biopsicossociais de cada indivíduo. Além disso, apesar de haver uma tendência para que algumas aptidões de cada um dos diferentes domínios cognitivos possam ser mais suscetíveis de ser afetadas do que outras, a variabilidade do grau e da velocidade do declínio torna difícil o estabelecimento de um padrão uniforme transversal (Casey, 2017; Ghosh, 2017; Harada, Love, & Triebel, 2013; King & Lipsky, 2015; Raza et al., 2015; Salech et al., 2012; Takács, Koncz, Mohan, & Sachdev, 2017)

Apesar disso, com base nas alterações mais frequentes, tem vindo a ser defendido um padrão clássico do envelhecimento cognitivo normal, baseado na interligação entre os conceitos de inteligência e cognição. Deste modo, tem sido sustentado que no envelhecimento normal a

inteligência cristalizada<sup>5</sup> tende a manter-se preservada ou até pode aumentar, devido ao efeito da acumulação de informação. Em contrapartida, a inteligência fluída<sup>6</sup> tende a apresentar mais declínios, devido às alterações biológicas habituais que afetam as aptidões e funções cognitivas que lhe estão mais diretamente associadas, nomeadamente, a velocidade de processamento, memória, funções executivas, atenção, capacidades visuomotoras e capacidade de aprendizagem (Harada et al., 2013; Horn & Cattell, 1967; Prerost, 2013; Salech et al., 2012; Wernher & Lipsky, 2015).

Quanto aos principais domínios cognitivos, segundo Ghosh (2017), a atenção e a memória constituem as áreas habitualmente mais afetadas. Porém, estes autores, à semelhança de outros, especificam algumas capacidades (e.g. memória episódica, velocidade de processamento) e também referem outras áreas cognitivas (e.g. as funções executivas), onde há maior probabilidade de declínio (Kelly et al., 2017; Kelly et al., 2014; King & Lipsky, 2015; Small, Dixon, & McArdle, 2011). De facto, Spar e La Rue (2005) advertem que, apesar de a memória constituir o domínio que tende a sofrer mais alterações, nem todas as suas dimensões seguem esta tendência. Enquanto a memória de curto prazo normalmente declina, a de longo prazo costuma estar preservada. Nesse sentido, Harada et al. (2013) sistematizaram dentro de cada um, quais as capacidades cognitivas mais propícias a afetação.

Segundo estes autores, a velocidade de processamento é uma das aptidões onde normalmente ocorrem alterações e que pode afetar outras áreas, pois interfere com o desempenho das tarefas cognitivas e motoras (e.g. fluência verbal). Quanto às outras áreas da atenção, as alterações incidem mais ao nível das tarefas de atenção complexa, nomeadamente das que requerem a atenção seletiva ou atenção dividida. Ao nível do domínio da linguagem, apesar de integrar aptidões referentes tanto à inteligência cristalizada como fluída, pode dizer-se que, em geral, está relativamente mais imune aos efeitos da idade. Assim, por exemplo, o vocabulário e a nomeação tendem a manter-se intactos, podendo, no entanto, mais facilmente ocorrer interferências na fluência verbal. No que se refere ao domínio perceptomotor, as capacidades visuoespaciais (e.g. perceção e reconhecimento de objetos) costumam sofrer menos alterações do que a capacidade visuoespacial ou motora, que requer coordenação de vários sentidos (e.g. reunir itens num todo coerente). Um dos domínios em que a maioria das diferentes aptidões tem maior propensão de declínio são as funções executivas.<sup>7</sup> Uma das razões para a sua maior

---

<sup>5</sup> A inteligência cristalizada reporta-se ao conhecimento consolidado pela experiência e educação formal, estando mais diretamente relacionada com certas aptidões cognitivas como o vocabulário ou a cognição social.

<sup>6</sup> A inteligência fluída reporta-se, por exemplo, às operações mentais como o raciocínio abstrato, à flexibilidade mental e à capacidade inata de aprender e processar novas informações, que pouco dependem de aspetos culturais e educação.

<sup>7</sup> À exceção de algumas aptidões, como encontrar semelhanças e raciocinar sobre material familiar, as demais, como o planeamento e a organização, a flexibilidade mental, a inibição, a tomada de decisões e o raciocínio abstrato, tendem a sofrer alterações.

facilidade de afetação prende-se com o facto de as mesmas estarem dependentes da velocidade motora, a qual tende a sofrer alterações com a idade. Uma outra área que tipicamente é influenciada pelo avanço da idade é a memória de trabalho.<sup>8</sup> Sendo uma aptidão multidimensional, a sua alteração pode repercutir-se em outras funções cognitivas como a linguagem e as funções executivas (e.g. resolução de problemas). Quanto à memória, na memória declarativa, a memória episódica é mais propensa a sofrer alterações mais cedo do que a memória semântica. Em contrapartida, a memória não declarativa (implícita) não costuma ser alvo de declínios (Harada et al., 2013).

Contudo, a forma insidiosa como surgem as perdas cognitivas no envelhecimento normal permite o recrutamento de mecanismos adaptativos como a neuroplasticidade, a qual, por sua vez, pode ser positivamente influenciada mediante estímulos cognitivos, físicos e sociais (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Wernher & Lipsky, 2015). Duas teorias que procuram explicar esta possibilidade de adaptação são a teoria da reserva cognitiva (Stern, 2002) e a *Scaffolding Theory of Aging and Cognition* ou teoria do envelhecimento cognitivo em patamares (tradução do autor) – TECP (Park & Reuter-Lorenz, 2009; Reuter-Lorenz & Park, 2014).

A teoria da reserva cognitiva baseia-se no facto de que as atividades físicas, sociais e mentais vivenciadas durante a vida vão constituir uma reserva que permite que os indivíduos mantenham um funcionamento perante as alterações cerebrais próprias do envelhecimento ou, inclusive, de estados patológicos. Desta forma, uma vida mais rica em estímulos físicos e mentais constitui um fator protetor por favorecer um aumento dessa reserva que, por sua vez, compensa as perdas. Por outro lado, esta não se traduz apenas numa forma passiva de armazenamento. Na verdade, este conceito é utilizado também para explicar a capacidade que o indivíduo vai ter em alternar o processamento de tarefas, recrutando outras zonas do cérebro raramente utilizadas e, inclusive, promover alterações estruturais decorrentes de processos de neurogénese, sinaptogénese, angiogénese e da formação de novas conexões dendríticas (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Stern, 2002; Stern 2012; Wernher & Lipsky, 2015).

A TECP postula que, mesmo perante os declínios da estrutura e do funcionamento neuronal que ocorrem no envelhecimento, é possível o desenvolvimento de circuitos neuronais alternativos e complementares que os possam compensar, aliviando o impacto negativo ao nível do funcionamento cognitivo. Esta teoria alicerça-se no facto de que este mecanismo adaptativo de criação de novos patamares de circuitos neuronais verifica-se ao longo da vida perante novos desafios cognitivos ou durante a aprendizagem. Contudo, na velhice, esta dinâmica está mais

---

<sup>8</sup> A memória de trabalho reporta-se à capacidade de reter momentaneamente a informação e manipulá-la.

direcionada para compensar circuitos neuronais degradados e, embora possam não ser tão eficazes como os circuitos primários, ainda assim permitem um melhor funcionamento cognitivo do que aquele que seria alcançado sem o recurso a estes novos circuitos. Aliás, a ativação da zona pré-frontal do córtex em pessoas idosas, face aos decréscimos de atividade na zona occipitotemporal, tem evidenciado a existência destes “patamares” como mecanismos de compensação. Recentemente, esta teoria veio a ser alvo de uma revisão, tornando-a em certos aspetos próxima da teoria da reserva cognitiva. Deste modo, a TECP passa a integrar o peso que os fatores relativos ao estilo de vida possam exercer no enriquecimento (e.g. atividades intelectuais, físicas e sociais) ou empobrecimento (e.g. obesidade, inatividade física e mental) dos recursos neuronais e, por conseguinte, para o funcionamento cognitivo e para a estrutura cerebral ao longo da vida (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Goh & Park, 2009; Park & Reuters-Lorenz, 2009; Reuter-Lorenz, & Park, 2014).

A ligação destes mecanismos compensatórios ao percurso de vida tem levado ao aumento da investigação de formas de intervenção que possam simultaneamente contribuir para a prevenção e a minoração dos efeitos das alterações cognitivas resultantes do envelhecimento, tendo em conta não só os possíveis benefícios para o funcionamento dos indivíduos, mas também a necessidade de manter a sustentação das sociedades cada vez mais envelhecidas. Nesse sentido, a par de outras intervenções não farmacológicas, as IC têm-se revelado úteis na ativação de mecanismos neuronais compensatórios para manter o funcionamento cognitivo de seniores saudáveis, havendo evidências da sua eficácia, não só através de testes cognitivos, mas também por meio de exames imagiológicos funcionais (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Stern, 2012, Goh & Park, 2009; Kelly et al., 2014; Klimova et al., 2017; Park & Reuter-Lorenz, 2009, Phillips, 2017; Sipe, 2017; Valenzuela, & Sachdev, 2009; Wienclaw, 2013).

Apesar de a maior parte das queixas cognitivas dos seniores se prenderem com a memória, os clínicos devem estar atentos ao facto de que muitas vezes estas são confundidas com alterações relativas a outras funções cognitivas como é o caso da velocidade de processamento, que facilmente podem causar esta impressão ou ainda com os efeitos de quadros patológicos, como as perturbações do humor. Por isso é importante uma avaliação rigorosa, porque, por um lado, no caso de uma perceção errada, a explicação de que as alterações percecionadas podem traduzir-se em mudanças comuns não patológicas permite tranquilizar os seniores que normalmente receiam estar com demência e, por outro lado, permite a destrição de outras alterações e, ainda, a deteção precoce de quadros cognitivos patológicos. Dado que o avanço da idade aumenta o risco de demências, a monitorização das queixas subjetivas de memória é fundamental, uma vez que as mesmas podem corresponder a um estado clínico prévio do défice

cognitivo ligeiro (DCL) e eventual desenvolvimento para demências (Harada et al., 2013; Reisberg & Gauthier, 2008; Sousa, Pereira, Costa, & Gomes, 2017; Takács et al., 2017; Wernher & Lipsky, 2015, Yates, Clare, & Woods, 2017a).

### **1.3. O Défice Cognitivo Ligeiro e outras Perturbações Neurocognitivas**

Os processos neurodegenerativos do SNC resultantes do avanço da idade constituem uma das causas mais relevantes para as perdas cognitivas, tornando o envelhecimento o principal fator para o desenvolvimento de demências.<sup>9</sup> Estas caracterizam-se por um declínio adquirido e progressivo das funções cognitivas. Têm origem em lesões cerebrais e não implicam alterações ao nível da consciência até uma fase mais avançada. Os défices cognitivos são suficientemente acentuados a ponto de interferirem com a autonomia no desempenho das tarefas diárias, afetando os indivíduos no seu funcionamento familiar, social e ocupacional. As demências mais frequentes são: demência devida à doença de Alzheimer (DA), vascular, com corpos de Lewy, fronto-temporal e devida à doença de Parkinson (American Psychiatric Association [APA], 2013; Brooke, 2018; Gil, 2007; Giovannetti, Seligman, Britnell, Brennan, & Libon, 2015; Hamdy, Hamdy, Hudgins, & Piotrowski 2013; Portellano, 2005; Prince et al., 2013; Religa et al., 2015; Takács, Koncz, Mohan, & Sachdev, 2017).

Segundo o relatório de 2015 da *Alzheimer's Disease International*, as demências afetam mais de 46 milhões de pessoas no mundo, surgindo em cada ano cerca de 10 milhões de novos casos, estimando-se que em 2050 o seu número perfaça os 131.5 milhões. Atendendo ao envelhecimento populacional, as demências têm sido consideradas uma nova “epidemia”, que para além de afetarem a vida dos indivíduos representam custos sociais elevados (Prince et al., 2015). Portugal é um dos países com uma população cada vez mais envelhecida, onde a incidência global de demência tem subido drasticamente (DGS, 2017; Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015).

Com a crescente preocupação do impacto das demências, o impulsionamento da investigação para esclarecer quais os melhores preditores para o estabelecimento de diagnósticos iniciais permitiu que se aprofundasse a existência de um estado intermédio entre as alterações cognitivas resultantes do envelhecimento normal e os prejuízos próprios dos quadros de demência. Esta “zona cinzenta” tem vindo a ganhar destaque nas últimas décadas, sendo a definição de DCL<sup>10</sup> aquela que veio a ser mais difundida, tornando-se consensual na investigação científica e na prática clínica. No entanto, é com os estudos de Petersen e

---

<sup>9</sup> Atualmente as demências são designadas pelo DSM-5<sup>TM</sup> como perturbações neurocognitivas major (PNCM).

<sup>10</sup> Proposta por Reisberg e colaboradores na década de 80 (Reisberg et al., 1988).

colaboradores que se desenvolve a sedimentação do DCL enquanto entidade clínica, no que respeita ao estabelecimento de critérios de diagnóstico. Os critérios consensualmente adotados internacionalmente (desde 2003)<sup>11</sup> correspondem a quatro aspetos chave: a existência de queixas referentes a um ou mais domínios cognitivos reportadas pelo próprio indivíduo e/ou familiar; confirmação objetiva, através de medidas de avaliação cognitiva, da existência de prejuízo(s) superiores ao esperado para a idade e/ou escolaridade do indivíduo; défices presentes sem gravidade para o diagnóstico de demência; nem para interferir com a autonomia dos indivíduos e o funcionamento nas atividades quotidianas (Albert et al., 2011; Alzheimer's Association, 2017; Bauer, Cabral, & Killiany, 2018; Costa & Sequeira, 2013; Forlenza, Diniz, Stella, Teixeira, & Gattaz, 2013; Jack et al., 2011; Jekel et al., 2015; Petersen, 2004; 2016; Petersen et al., 2014; Petersen et al., 2001; Petersen & Negash, 2008; Petersen et al., 2009; Petersen et al., 1999; Sousa & Sequeira, 2012; Winblad et al., 2004).

Para Petersen et al. (2014) é possível proceder-se a uma subdivisão do DCL em diferentes quadros clínicos e, através da conjugação dos mesmos com possíveis causas etiológicas, predizer o potencial quadro de demência para o qual o indivíduo com DCL pode vir a evoluir. Deste modo, a proposta de alargamento do DCL, de acordo com a sua heterogeneidade clínica e etiológica, compreende uma subdivisão com base em dois critérios, nomeadamente o tipo e o número de défices presentes. Assim sendo, o DCL pode ser amnésico e não amnésico, (atendendo à presença ou não de défice de memória) e cada um destes subtipos pode ainda ser subdividido em domínio único ou multidomínios (dependendo do número de áreas afetadas), resultando da combinação destes fatores quatro subtipos: O DCL amnésico domínio único; o DCL amnésico multidomínios; o DCL não amnésico domínio único; o DCL não amnésico multidomínios. Embora o DCL possa não evoluir para uma situação de demência, a possível progressão de cada um dos subtipos corresponde a uma tendência de evolução para diferentes quadros de demência.<sup>12</sup> Esta combinação dos critérios procura servir de auxílio para que os clínicos possam estar atentos à evolução dos casos, até porque tem sido amplamente defendido que existe uma maior probabilidade de risco na conversão dos casos de DCL em demências, quando comparados com indivíduos seniores cognitivamente saudáveis (Bauer et al., 2018; Forlenza et al., 2013; Mitchell & Shiri-Feshki, 2009; Petersen, 2001; 2004; 2011; 2016;

---

<sup>11</sup> O DSM-5<sup>TM</sup>, ao estabelecer os novos critérios para as perturbações neurocognitivas (PNC), divide-as em PNCM ou leves (PNCL), consoante o grau de severidade dos prejuízos, correspondendo estas últimas aos quadros de DCL (APA, 2013; Oliveira, 2013; Petersen 2016; Petersen et al., 2014). Quanto aos critérios das PNCL, o DSM-5<sup>TM</sup> acrescenta apenas outros dois aos propostos por Petersen: 1) os défices não ocorrerem em contexto de delírium; 2) não poderem ser melhor explicados por outra perturbação mental como, por exemplo, as perturbações do humor. Em suma, os critérios propostos pelo DSM-5<sup>TM</sup>, baseiam-se nos que foram consensualmente adotados aquando do simpósio chave sobre o DCL de 2003 (Petersen, 2016).

<sup>12</sup> Por exemplo, no DCL amnésico domínio único a tendência de progressão é para a DA, enquanto o DCL amnésico multidomínios pode ser para a DA ou DV. No caso do DCL não amnésico domínio único a tendência de evolução é para uma DFT e no caso do DCL não amnésico multidomínios a progressão tende a corresponder a uma demência com corpos de Lewy.

Petersen et al., 2014; Petersen et al., 2009; Petersen et al, 1999; Roberts & Knopman, 2013; Ward, Tardiff, Dye, & Arrighi, 2013).

Recentemente, Petersen (2016) refere que a prevalência do DCL varia entre os 15% a 20% e que destes entre 8% a 15% progridem, por ano, para quadros de demência. Tanto Mitchell e Shiri-Feshki (2009) como Roberts e Knopman (2013) fizeram uma análise de vários estudos, restringindo a sua seleção àqueles que seguiam os critérios de diagnóstico propostos por Petersen. Quanto aos primeiros, estes verificaram que enquanto as amostras clínicas com DCL apresentavam taxas de conversão para a demência de 39.2%, os estudos com base na população geral apresentavam uma progressão de 21.9%. Por outro lado, Roberts e Knopman constataram que a prevalência do DCL variava entre os 16% a 20% e que a taxa de conversão para demências oscilava entre os 20 a 40%, com uma incidência de 10% a 15% ao ano. Além disso estes autores concluíram que nos indivíduos com DCL a progressão é mais célere e que, mesmo naqueles em que ocorre remissão, o rácio de conversão para um novo quadro de DCL ou demência continua a ser superior, quando comparados com indivíduos que nunca o tiveram, o que reforça a importância de monitorização, dado que para além de alguns fatores de risco que potenciam o DCL (e.g. obesidade e hipertensão) agravarem o estado de saúde geral, a progressão para demências constitui um fator de risco de morte bastante elevado, sendo este último aspeto reiterado num estudo longitudinal de Vassilaki et al. (2015).

O DCL produz uma série de limitações perceptíveis não só aos próprios indivíduos, como às pessoas que lhes são significativas, causando a ambos sofrimento e, ainda, uma preocupação com uma futura progressão das perdas cognitivas. Apesar das atividades quotidianas se manterem intactas, as atividades instrumentais da vida diária, geralmente, sofrem subtis interferências, sendo, por exemplo, habitual a referência de maior esforço e a necessidade do recurso a estratégias compensatórias, ou de apoio de outras pessoas próximas. Um outro importante aspeto que levanta desafios para os indivíduos e familiares é a crescente dificuldade nas interações sociais, que podem, por exemplo, passar por frequentes esquecimentos dos nomes das pessoas que conheciam, ou inclusive de normas de decoro social. Isto leva as pessoas a vivenciarem constrangimentos e restringirem a sua esfera de interação, vivenciando cada vez mais o isolamento, tornando-se alvo de estereótipos negativos e constitui um fator de risco para a progressão do DCL e para a incidência de demências (APA, 2013; Hailu, Cannuscio, Dupuis, & Karlawish, 2017; Jekel et al., 2015; Takács et al., 2017; Yates, Clare, & Woods, 2017c).

Segundo Kuiper et al. (2015) os fatores que interferem negativamente na interação social, (e.g. redução da frequência de contactos, fraca participação social e isolamento) constituem, a par de outros fatores importantes (e.g. depressão e reduzida atividade física), um risco acrescido

para o desenvolvimento de demências, devido à falta de estimulação. A inatividade social provoca uma inutilização das funções cognitivas que aumenta o risco da sua perda (Hultsch, Hertzog, Small, & Dixon, 1999) e constitui um fator impeditivo ao nível do recurso à reserva cognitiva, dado que não se produzem circuitos neuronais mais eficientes, que afetam positivamente o córtex cerebral e, por conseguinte, inviabilizam a neurogênese (Stern, 2012).

Além disso, havendo evidências de que existe uma relação importante entre a saúde e a cognição, tendo o humor um papel mediador nesta interação (Yates, Clare, & Woods, 2017b) e que também existe uma ligação entre o humor e o DCL cuja interação pode ser mediada pelas relações sociais (Yates et al., 2017c), a redução de contactos e do envolvimento em atividades sociais constitui um risco para a progressão do DCL, pois a mesma faz com que os indivíduos com DCL, comparativamente aos seniores saudáveis, tenham um risco aumentado para sofrer de perturbações do humor, que, por sua vez, interferem com a adoção de estilos de vida saudáveis, afetando o estado de saúde geral. Por outro lado, estes indivíduos, devido aos prejuízos cognitivos, tendem também a perceber negativamente o seu estado de saúde, o que, por sua vez, propicia um menor investimento no mesmo. Por isso, o envolvimento em atividades que reforcem a interação social pode melhorar o humor e assim retardar a progressão do declínio, constituindo um fator protetor.

A par da diminuição da interação social, existem diferentes possíveis fatores de risco para o DCL e para as demências. Alguns deles não são modificáveis, como é o caso do próprio avanço da idade, da história familiar e dos fatores genéticos. Contudo, muitos outros fatores atribuíveis à progressão do declínio cognitivo são modificáveis como, por exemplo, a hipertensão, a obesidade, a depressão, o consumo de álcool e tabaco, a inatividade física e a ausência de atividades cognitivamente estimulantes (Balogh & Wong, 2017; Campbell, Unverzagt, LaMantia, Khan, & Boustani., 2013; Hagger-Johnson et al., 2013; Ngandu et al., 2015; O'Bryant et al., 2013; Petersen et al., 2014; Takács et al., 2017).

Assim, é importante fazer-se uma deteção precoce do DCL e uma intervenção atempada, de forma a minorar ou retardar os efeitos dos défices que lhe estão associados (Campbell et al., 2013; Balogh & Wong, 2017; Hailu et al., 2017; Ismail & Mortby, 2017; Jekel et al., 2015; Laiz, Díaz, Collado, Gomez-Pilar, & Hornero, 2018; Petersen, 2016; Roberts & Knopman, 2013; Vassilaki et al., 2015). O diagnóstico do DCL pode levantar dificuldades, pois, para além da habitual existência de comorbilidade de doenças na população sénior, muitas vezes torna-se difícil compreender e precisar as queixas cognitivas que os levam a procurar ajuda porque muitas delas são mal referenciadas como sendo problemas ao nível da memória. Por isso, para se poder fazer a destrição com outras situações clínicas que possam estar por detrás das queixas

(e.g. depressão, ansiedade, efeitos advindos de acidentes cardiovasculares) e efetivamente verificar se os critérios do DCL se encontram preenchidos, o médico deve, primeiramente, elaborar uma história clínica, preferencialmente corroborada por um informante próximo da pessoa. Por outro lado, a comprovação do quadro clínico pode ser realizada com recurso a diversos meios complementares de diagnóstico como exames séricos; neuroimagiológicos que possibilitem a avaliação de alterações anatómicas e/ou funcionais do cérebro; ou o exame do líquido cefalorraquidiano (Associação de Alzheimer Portugal [AAP], 2018; Balogh & Wong, 2017; Forlenza et al., 2013; Petersen, 2016; Petersen et al., 2014; Ruan et al., 2016; Takács et al., 2017).

O diagnóstico do DCL passa também pela avaliação cognitiva do indivíduo, de forma a comprovar se as queixas correspondem à existência de prejuízo(s) efetivo(s). No entanto, não existe uma bateria de testes neuropsicológicos que possa ser indicada como a mais apropriada, pelo que a avaliação pode ser realizada fazendo uso de diferentes instrumentos, sendo importante que estes incidam sobre as principais áreas cognitivas como é o caso das funções executivas, linguagem, atenção, capacidades visuoespaciais e memória. Num contexto de envelhecimento populacional, no qual urge a necessidade de se fazer um diagnóstico precoce entre o envelhecimento normal e patológico, os testes de rastreio cognitivo breve assumem um papel cada vez mais importante, na medida em que permitem um acesso aproximado do desempenho de várias funções cognitivas, tendo em conta as limitações de tempo existentes nos cuidados de saúde primários. Os testes neuropsicológicos breves, muitas vezes, servem como uma primeira linha de orientação no despiste das disfunções cognitivas e como meio eficaz para a sua monitorização. De entre estes, apesar de o Mini-Mental State Examination (MMSE) ser o mais estudado, validado e difundido, existem outros testes mais recentes e que têm vindo a revelar-se mais completos, precisos e eficazes quer para a deteção de demências, (e.g. The Mini-Cog test), quer para o diagnóstico de DCL (e.g. Montreal Cognitive Assessment – MoCA) (APA, 2013, Balogh & Wong, 2017; Ciesielska et al., 2016; Freitas, Alves, Simões, & Santana, 2013; Ismail & Mortby, 2017; Martinelli, Cecato, Bartholomeu, & Montiel, 2014; Petersen 2016; Petersen et al., 2014; Takács et al., 2017; Tsoi, Chan, Hirai, Wong, & Kwok, 2015; Tsoi et al., 2017; Vogel, Banks, Cummings, & Miller, 2015).

Um outro aspeto importante a reter quanto à avaliação cognitiva é que esta pode revelar-se mais fina na deteção da presença de disfunções cognitivas do que outros meios complementares, como os neuroimagiológicos estruturais, uma vez que permite a verificação da existência de prejuízos no funcionamento cognitivo, enquanto os outros, numa fase inicial, podem não identificar a presença de lesões, acusando falsos negativos. Também devido ao acesso ao

funcionamento cognitivo, a avaliação neurocognitiva pode demonstrar-se mais útil para um diagnóstico diferencial de estados demenciais iniciais, atendendo à heterogeneidade de prejuízos que ocorrem entre as diferentes patologias nestas fases precoces (Gil, 2007; Giovannetti et al., 2012; Giovannetti et al., 2015; Kawai et al., 2013; Peña-Casanova et al., 2012; Portellano, 2005; Ropper & Brown, 2005; Tsoi et al., 2015).

O conhecimento do DCL pode acarretar uma série de vantagens, nomeadamente: permitir que os indivíduos e as suas famílias possam confirmar as queixas e descartar outras condições médicas; compreender os riscos que estão associados; avaliar a sua rede de suporte e procurar o acesso a serviços de apoio disponíveis; manter a monitorizar a evolução do quadro clínico e inclusive tomar futuras decisões protetoras como as legais. Acima de tudo, o diagnóstico possibilita a adesão a intervenções terapêuticas que, independentemente do seu cariz, quanto mais cedo forem iniciadas, melhores serão as possibilidades de alcançar resultados satisfatórios e eficazes (AAP, 2018; Freitas, Alves et al., 2013; Ismail & Mortby, 2017; Petersen et al., 2014; Ruan et al., 2016; Takács et al., 2017).

Não existe um tratamento que possa ser definido como sendo exclusivo ou mais eficaz para o DCL. Ao nível das intervenções farmacológicas, as principais agências reguladoras dos medicamentos dos EUA, Europa e Japão não fazem nenhuma recomendação. Algumas terapêuticas farmacológicas atualmente disponíveis para o tratamento das demências, como é o caso dos inibidores da acetilcolinesterase, têm sido estudados. Porém, além de potenciarem efeitos adversos, o seu contributo tem vindo a revelar-se limitado. Neste contexto, os hábitos de vida saudável, o exercício físico, o envolvimento em atividades cognitivas/intelectuais e em interações sociais, constituem não só fatores protetores preventivos, mas também úteis para redução dos prejuízos cognitivos na presença do DCL e de quadros de demência. Uma outra via que tem vindo a receber destaque pela sua eficácia, enquanto intervenção não farmacológica neuroprotetora, restaurativa e compensatória, são as IC, como é o caso do TC. (AAP, 2018; Balogh & Wong, 2017; Buschert et al., 2011; Baumgart et al., 2015; Gates, Sachdev, Singh, & Valenzuela, 2011; Hagger-Johnson et al., 2013; Ngandu et al., 2015; Papp et al., 2009; Petersen et al., 2014; Petersen 2016; Russ & Morling, 2012; Tardif & Simard, 2011, Valls-Pedret et al., 2015).

#### **1.4. O Papel das Intervenções Cognitivas nos Quadros de Perda Cognitiva**

De uma forma geral pode dizer-se que as IC têm como finalidade produzir um impacto positivo no funcionamento cognitivo dos indivíduos e melhorar a sua QV, suscitando, por isso, um crescente interesse no seio da comunidade científica. Não obstante, as diferentes formas de

concretização, o recurso a diferentes técnicas e a multiplicidade de instrumentos utilizados para medir os seus efeitos, podem levantar algumas dificuldades, requerendo uma análise cuidada para averiguar a sua eficácia e adequação. Nessa medida, têm vindo a ser avançadas várias soluções no que respeita à operacionalização dos tipos de IC, à sistematização da sua estrutura e ao afinamento da sua medição (Chandler et al., 2016; Costa & Sequeira, 2013; Mewborn et al., 2017; Tardif & Simard, 2011).

Para ultrapassar as dificuldades levantadas pela existência de diferentes formas de concretização, Clare e Woods (2004) defendem que as IC sejam operacionalizadas em três abordagens distintas: a EC, o TC e a reabilitação cognitiva (RC). Este modelo tem recebido acolhimento em diferentes investigações posteriores (e.g. Buschert, Bokde, & Hampel, 2010; Chandler et al., 2016; Tardif & Simard, 2011; Woods et al., 2012).

Os programas de EC visam a promoção de uma melhoria geral do funcionamento cognitivo e social dos indivíduos através do seu envolvimento numa série de atividades e discussões, habitualmente em grupo, que, pela sua natureza abrangente e flexível, não se restringem a incidir ou trabalhar uma ou algumas funções cognitivas em específico. Por isso, a sua avaliação deve incidir na intervenção como um todo, pois torna-se difícil avaliar os benefícios de cada um dos componentes envolvidos, isto é, das dinâmicas que indiretamente trabalham as funções cognitivas ou a interação social (Clare & Woods, 2004).

Por sua vez, o TC traduz-se na realização de um conjunto de tarefas padronizadas concretas, que são previamente estabelecidas, com vista a melhorar ou preservar uma ou algumas funções cognitivas específicas. Assenta no facto de que a prática regular de exercícios cognitivos potencia o aumento ou, pelo menos, a manutenção da função ou funções cognitivas exercitadas e, ainda, na noção de que os potenciais efeitos adquiridos podem propagar-se, refletindo-se também no funcionamento diário. A sua concretização pode revestir diferentes modalidades: as tarefas podem ser realizadas com recurso a diferentes materiais (papel e lápis ou por plataformas informáticas); as sessões podem decorrer individualmente ou em grupo; ser facilitadas por técnicos de saúde ou familiares que tenham a sua supervisão. Um outro aspeto que caracteriza o TC é que as tarefas dirigidas à estimulação das funções podem ser adaptadas ao desenvolvimento e às necessidades de cada indivíduo mediante a escolha de diferentes graus de complexidade. Além disso, apresenta a vantagem de poder ser avaliado mais facilmente quanto à eficácia das dinâmicas que o compõem, dado que os exercícios que atuam nas funções cognitivas encontram uma correspondência mais direta nos testes de desempenho neurocognitivo (Clare & Woods, 2004).

A RC assenta numa abordagem biopsicossocial das disfunções cognitivas mais severas, procurando a otimização da funcionalidade dos indivíduos no dia-a-dia a nível físico, social e psicológico. Trata-se de uma intervenção personalizada que envolve um trabalho conjunto entre o terapeuta, o indivíduo com prejuízos específicos e as pessoas que lhe prestam apoio para identificar os objetivos relevantes para o seu funcionamento diário, bem como estratégias concretas para alcançá-los, tendo em conta o contexto social e a natureza dos défices. Neste tipo de IC, o objetivo principal não é o aumento do funcionamento cognitivo, mas fortalecer as áreas preservadas de forma a compensar a interferência no funcionamento das atividades diárias resultantes dos prejuízos. Além disso, o plano de ação deste tipo de IC procura abordar cada objetivo estabelecido separadamente sem a presunção de que o seu alcance poderá generalizar-se (Clare & Woods, 2004).

Segundo Tardif e Simard (2011) e Buschert et al. (2010), estes três tipos de IC podem ser úteis e a escolha específica de cada uma destas abordagens depende do perfil cognitivo dos indivíduos e dos objetivos estipulados, isto é, o aumento do funcionamento cognitivo ou a sua manutenção. Para alcançar o primeiro objetivo, habitualmente, empregam-se estratégias restaurativas, (e.g. exercício das funções cognitivas) com o intuito de se conseguir um retorno de níveis pré-mórbidos do desempenho cognitivo. Para atingir o segundo objetivo são utilizadas estratégias compensatórias para contornar os défices presentes (e.g. criação de listas de informações para fazer face aos esquecimentos resultantes de défice de memória). Contudo, estes autores também defendem a existência de complementaridade entre as IC, nomeadamente entre o TC e a RC, e entre a EC e o TC e, por isso, os programas de intervenção também podem concretizar-se através da sua combinação, integrando diferentes estratégias. Aliás, por esse motivo, Tardif e Simard (2011), ao procurarem fazer o estudo da eficácia de diferentes investigações no âmbito das IC junto de seniores saudáveis, aglutinaram as mesmas em EC/TC, dado que a maior parte combinava tarefas destes dois tipos de IC, tornando difícil fazer-se a sua distinção em termos práticos, sendo este aspeto corroborado por outros autores (e.g. Jean, Bergeron, Thivierge, & Simard, 2010).

O estudo de Tardif e Simard (2011) também procurou suprir a dificuldade de inferir a eficácia dos programas de intervenção. Deste modo, de entre outros requisitos, estabeleceram critérios de inclusão e para a análise dos efeitos produzidos pelos programas que oferecem uma maior garantia para averiguação da eficácia dos mesmos. Nesse sentido, os programas deviam possuir um GC, ter dois momentos de avaliação e alcançar resultados significativamente positivos numa análise intragrupo do GE e/ou uma diferença significativamente positiva entre este e o GC. Com base nestes procedimentos, verificaram que 14 programas (EC/TC) junto de

seniores com envelhecimento normal foram eficazes para a melhoria de pelo menos uma das funções cognitivas que se propuseram trabalhar, corroborando a utilidade deste tipo de IC. Aliás, o facto de o TC e a EC serem úteis para impactar positivamente a reserva cognitiva ou estimular o recrutamento de circuitos neuronais compensatórios, potenciando uma reorganização neuroplástica, tem sido amplamente apontado como fundamento para a realização dos programas de IC, uma vez que, não só vários destes programas têm conseguido obter resultados cognitivos favoráveis, mas também pela possibilidade de comprovação neuroimagiológica da existência de mudança nos mecanismos neuronais (e.g. Belleville & Bherer, 2012; Buschert et al., 2010; Luo et al., 2016; Maffei et al., 2017; Mewborn et al., 2017; Sherman et al., 2017; Tardif & Simard, 2011).

Quanto às dificuldades derivadas da heterogeneidade referente à estrutura dos programas de intervenção, Jean, Bergeron et al. (2010), que fizeram uma análise de 15 programas de IC direcionados a indivíduos com DCL, chegaram à conclusão de que alguns aspetos como o número de sessões, a duração e a periodicidade não constituíram elementos chave para a sua eficácia. Contudo, estes autores recomendam que, para a obtenção de uma melhor relação custo/benefício, bem como para a obtenção de resultados clínicos e uma redução de desistências provocadas pelo cansaço, os programas devem preferencialmente ter uma duração máxima de 12 semanas e integrar 6 a 20 sessões. Outro aspeto que verificaram não interferir com a eficácia foi o tipo de formato seguido (individual ou em grupo). Estas constatações relativas à influência diminuta dos aspetos estruturais também encontram ressonância nos resultados de meta-análises com estudos mais recentes (Mewborn et al., 2017; Sherman et al., 2017).

Segundo Mewborn et al. (2017), que procuraram aprofundar o impacto das variáveis demográficas e metodológicas na eficácia das IC junto de indivíduos seniores saudáveis e com DCL, constataram que algumas destas variáveis podem ser mais relevantes do que outras. De facto, através dos 97 estudos por eles analisados, concluíram que de uma forma geral as IC são eficazes para o aumento do desempenho cognitivo corroborando os achados de outros estudos (e.g. Kelly et al., 2014; Papp et al., 2009; Teixeira et al., 2012).

Relativamente às variáveis sociodemográficas, aqueles autores concluíram que a idade e o nível educativo não constituem fatores com impacto na eficácia dos programas de IC. Deste modo, e indo ao encontro do estudo de Brehmer, Shing, Heekeren, Lindenberger, e Bäckman (2016), a idade não interfere na possibilidade de beneficiar dos efeitos produzidos pelas IC, desde que os indivíduos tenham capacidade para realizar o treino. No mesmo sentido, estes autores afirmam que, à partida, independentemente do nível educativo, os seniores beneficiam dos efeitos positivos das IC. Aliás, Williams e Kemper (2010) defendem que apesar de um nível

educativo mais baixo estar associado a um pior desempenho cognitivo, as IC podem ser úteis para minorar esses efeitos. Para além disso, também tem sido suportado que as IC são benéficas para seniores com níveis de escolaridade mais baixos (Carretti, Borella, Fostinelli, & Zavagnin, 2013; Carvalho, Neri, & Yassuda, 2010) e, inclusive, que estes indivíduos podem até beneficiar mais do que aqueles que possuem um maior nível educativo (Clark, Xu, Unverzagt, & Hendrie, 2016; Kwok et al., 2013).

Por outro lado, Mewborn et al. (2017) constataram que o estado cognitivo também não é relevante para a eficácia do programa. Ao contrário de Willis e Caskie (2013) ou de Yesavage, Sheikh, Friedman, e Tanke (1990) que verificaram que indivíduos com um melhor estado cognitivo de base beneficiavam mais dos efeitos das intervenções, os primeiros autores defendem que tanto os sujeitos com envelhecimento normal como aqueles com DCL apresentam potencialidade semelhante de usufruir dos ganhos. Aliás, apesar da semelhança da magnitude dos efeitos nos diferentes estudos analisados, eles ainda averiguaram que, nos indivíduos com DCL, qualitativamente, o tamanho dos efeitos era ligeiramente mais forte. Nesse sentido, aproximam-se mais dos resultados de outros estudos como o de Hampstead et al. (2012) que também não encontraram diferenças de aproveitamento dos efeitos entre seniores saudáveis ou com DCL. Contudo, Mewborn et al. (2017) referem que a multiplicidade de metodologias e amostras não permite ainda uma conclusão definitiva.

Quanto às variáveis relacionadas com as características das IC, segundo Mewborn et al. (2017), a extensão da duração dos programas não constitui um aspeto relevante para a eficácia dos mesmos, corroborando os resultados de Lampit, Hallock, e Valenzuela (2014). Em contrapartida, o número de sessões, a sua duração, frequência e formato podem influenciá-los. Deste modo sugerem uma duração curta com cerca de 30 minutos, indo ao encontro do que é sustentado por Verhaeghen, Marcoen, e Goossens (1992), mas contrariando os resultados encontrados por Lampit et al. (2014), os quais defendem que sessões mais longas produzem maior benefício; uma periodicidade de uma a duas sessões semanais, semelhante ao proposto por Lampit et al. (2014) que defendem que uma frequência superior a três sessões é menos eficaz, correndo o risco de induzir cansaço; e ainda um formato de sessões individuais diferenciando-se das conclusões encontradas nos estudos de Verhaeghen et al. (1992) que verificaram que as sessões em grupo eram mais profícuas e de Kelly et al. (2014) que não encontraram diferenças entre os dois tipos de formato. Contudo, apesar da possibilidade destas características poderem moderar a eficácia dos programas, Mewborn et al. (2017) concluem também que estas variáveis referentes à estrutura apresentaram um impacto diminuto comparativamente a outros aspetos como o conteúdo e a aleatorização das amostras. Isto parece

refletir as conclusões dos estudos de Jean, Bergeron et al. (2010) e de Sherman et al. (2017) quanto à fraca influência da estrutura e por outro lado, também vai ao encontro da importância do conteúdo defendida na recente meta-análise efetuada por estes últimos.

Quanto ao conteúdo, Mewborn et al. (2017) constataram que tanto os programas que estimularam um domínio cognitivo isolado, como os que incidiram em múltiplas funções cognitivas demonstraram obter eficácia. Aliás estes autores verificaram, à semelhança de Papp et al. (2009), que o treino em determinada capacidade tem possibilidade de refletir os ganhos adquiridos noutras pertencentes ao mesmo domínio cognitivo [e.g. estímulo da memória de trabalho (MT) visual reflete na MT verbal] e, inclusive, produzir ainda efeitos noutras domínios diferentes (e.g. estímulo da memória imediata afeta a linguagem), embora com menos intensidade, confirmando os achados de Kelly et al. (2014). Por sua vez, este efeito de menor transferência permite presumir que as IC que incidem em vários domínios cognitivos podem precaver essa menor repercussão e potenciar efeitos reflexos mais extensíveis. Aliás, Borella et al. (2014) verificaram que apesar de o avanço da idade não constituir impedimento para usufruir dos benefícios de uma IC direcionada para a memória de trabalho visuoespacial, o efeito de transferência dos ganhos só foi verificados em seniores mais jovens e mesmo assim não se manteve com o passar do tempo, o que permite também presumir que no caso dos seniores mais velhos, uma intervenção que incida em diferentes domínios cognitivos pode ser mais benéfica.

Também Sherman et al. (2017) que realizaram uma meta-análise de estudos experimentais de IC direcionados apenas a seniores com DCL, concluem que os aspetos relacionados com a estrutura do programa não são muito relevantes para a eficácia dos mesmos. Para estes autores, o conteúdo foi o fator primordial para esse efeito. Constataram que as IC que combinam aspetos dos diferentes tipos de IC, que incidem em múltiplos domínios cognitivos ou que se conjugam com outras formas de intervenção (e.g. exercício físico) permitem a obtenção de resultados positivos nos testes neuropsicológicos. Defendendo ainda que, devido à habitual limitação para a criação de novos mecanismos neuronais primários presente neste quadro clínico, estas intervenções combinadas e multidomínios, especialmente quando integram a estimulação da memória, são mais indicadas por poderem simultaneamente dar suporte aos mecanismos primários existentes e potenciar o recrutamento de circuitos neuronais compensatórios, contribuindo para a reorganização neuroplástica.

A vantagem da combinação das IC com outras modalidades de intervenção como o envolvimento em atividades sociais ou mudanças de estilo de vida (e.g. nutrição) tem vindo a ser suportada, dado a possibilidade de integrarem diferentes formas de influenciar positivamente a cognição. De facto cada uma destas vertentes, isoladamente, pode trazer

benefícios, mas a sua combinação aumenta a potencialidade dos mecanismos neuroplásticos. Apesar de o número deste tipo de intervenções multidomínios ser ainda escasso, algumas investigações têm demonstrado o seu benefício (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Balogh & Wong, 2017; Bamidis et al., 2014; Marmeleira, Galhardas, & Raimundo, 2017; Maffei et al., 2017; Ngandu et al., 2015). Um outro aspeto importante nas intervenções multidomínios, salientado por Ballesteros, Kraft et al., (2015) é a importância de que as mesmas incluam atividades de promoção do envolvimento social, dado o seu impacto positivo na cognição (e.g. James et al., 2011), sendo por isso importante que na sua criação as mesmas contemplem uma abertura à dimensão social, fomentando redes e atividades significativamente estimulantes, e em especial que permitam o desempenho de papéis ativos.

A manutenção dos ganhos adquiridos pelas IC tem sido alvo de maior debate, devido não apenas à disparidade de resultados encontrados, mas sobretudo pela falta de investigações longitudinais (e.g. Ballesteros, Kraft et al, 2015; Papp et al. 2009). Mesmo na recente meta-análise de Sherman et al. (2017), onde só cinco de 26 estudos analisados apresentaram medidas de follow-up, esta lacuna continua presente. Segundo Zhu, Yin, Lang, He, e Li, (2016) que analisaram IC multidomínios junto de seniores saudáveis, tais aspetos não permitem dar uma resposta conclusiva quanto à preservação dos ganhos, mas apenas levantar a hipótese de uma tendência favorável, a qual não deve ser estendida a populações com prejuízos cognitivos. Nesse sentido, Belleville (2008), perante a incerteza da manutenção dos efeitos gerada pela falta de estudos longitudinais, propõe a realização de sessões de reforço, em virtude dos prejuízos cognitivos em indivíduos com DCL. Um exemplo deste tipo de disparidades traduz-se no facto de que, enquanto Ballesteros, Mayas et al., (2015) numa amostra de seniores saudáveis, os mesmos não preservaram as melhorias alcançadas em diferentes funções cognitivas ao fim de três meses, outros estudos (e.g. Belleville et al., 2018; Rojas et al., 2013) em indivíduos com DCL, onde se esperaria menor probabilidade de retenção, não só constataram um melhor desempenho após as intervenções, como a manutenção dos efeitos produzidos.

Apesar desta controvérsia quanto à duração dos efeitos e da necessidade de se fazer mais investigações longitudinais, as IC têm vindo a demonstrar-se úteis para o desempenho cognitivo tanto de seniores com envelhecimento normal (e.g. Gates & Valenzuela, 2010; Kelly et al., 2014; Tardif & Simard, 2011; Valenzuela & Sachdev, 2009), como de seniores com DCL (e.g. Costa & Sequeira, 2013; Jean, Simard et al., 2010; Laiz et al., 2018; Rojas et al., 2013; Sherman et al., 2017; Tsolaki et al., 2011) e, ainda, de seniores com demência (e.g. Farzana et al., 2015; Tsantali, Economidis, & Rigopoulou, 2017; Woods et al., 2012). Um outro aspeto referido

como ainda ausente no estudo das IC é o facto de poucas investigações integrarem medidas de BE (e.g. Tardif & Simard, 2011; Woods et al., 2012).

De forma a ultrapassar algumas das lacunas evidenciadas na literatura supracitada, neste estudo procurou-se que a intervenção seguisse algumas das recomendações abordadas.<sup>13</sup>

### **1.5. O Impacto do Envelhecimento Populacional na Sociedade e o Envelhecimento Ativo**

O envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais presente nas sociedades atuais, representando um grande desafio para as mesmas (SNS, 2017). Este crescimento exponencial da população idosa a nível mundial advém, sobretudo, da diminuição das taxas de fertilidade aliadas ao aumento da esperança de vida (UN, 2015a; 2017a; WHO, 2015). Segundo as Nações Unidas (2017a; 2017b), o número de pessoas com mais de 60 anos de idade (382 milhões em 1980) aumentou para 962 milhões em 2017, estimando-se que venha novamente a duplicar até 2050. Acresce que tem-se verificado uma subida do índice de dependência de idosos<sup>14</sup> a nível mundial (The World Bank, 2017) e que a Europa é, atualmente, o continente com a população mais envelhecida no mundo, e também aquele onde existem maiores rácios de dependência económica de pessoas idosas, prevendo-se que esta conjuntura perdure até 2060<sup>15</sup> (EC, 2014; 2015).

Portugal também segue esta tendência, sendo aliás um dos países que ocupa uma posição cimeira em termos de envelhecimento populacional, quer a nível europeu, quer a nível internacional (UN, 2017a), prevendo-se que a população nacional sofra um decréscimo dos cerca de 10.3 para 7.5 milhões até 2080<sup>16</sup> (INE, 2017). Os dados definitivos dos últimos censos de 2011 revelam que o crescimento da pirâmide demográfica encontra-se invertido, acentuando o desequilíbrio já verificado na década anterior, o que fez com que o índice de envelhecimento nacional subisse de 102 para 128<sup>17</sup> (INE, 2012). Mais recentemente, as projeções do INE (2017) preveem que este rácio passará a ser ainda mais acentuado em 2080, com uma proporção de 317 idosos para cada 100 jovens. Outro dado alarmante constatado nos últimos censos, refere-se a um decréscimo do rejuvenescimento da população ativa comparativamente aos dados

---

<sup>13</sup> Deste modo, segue o método experimental, para permitir que a sua eficácia seja aferida com base numa análise intra e/ou intersujeitos, através de um instrumento adequado para a população intervencionada (Mewborn et al., 2017; Tardif & Simard, 2011). Quanto à estrutura, a mesma não ultrapassa as 12 semanas, nem as 20 sessões e seguiu um formato misto (sessões maioritariamente individuais, mas também com dinâmicas de grupo) (Jean, Bergeron et al., 2010); e uma periodicidade de 2 sessões semanais (Lampit. Et al., 2014; Mewborn et al., 2017). Ao nível do conteúdo, incidiu nas principais funções cognitivas e no funcionamento social, combinando aspetos do TC e da EC. Além de seguir um cariz de IC multicomponentes, a mesma procurou integrar a promoção do envolvimento social e possibilitar uma dinâmica interpares, baseando-se na importância da dimensão social para a cognição (e.g. Ballesteros, Kraft et al., 2015; Sherman et al., 2017). Além disso, foi contemplada uma medida de *follow-up*, de forma a suprir a ausência de estudos longitudinais (e.g. Belleville 2008; Zhu et al., 2016).

<sup>14</sup> Traduz-se na relação entre o número de pessoas idosas e indivíduos em idade ativa.

<sup>15</sup> Segundo os dados da Comissão Europeia, as projeções de 2013 a 2060 apontam para um aumento de 27.8% para 50.1% da proporção de pessoas idosas dependentes face à população ativa no mercado de trabalho. Este fato indica que se até há pouco tempo existia uma pessoa idosa para cada quatro indivíduos ativos, até 2060 a proporção passará para uma pessoa idosa para cada duas ativas (EC, 2014; 2015).

<sup>16</sup> Devido à diminuição da natalidade e ao aumento de pessoas idosas, estima-se que o seu número passe de 2.1 para 2.8 milhões, enquanto o dos jovens com menos de 14 anos diminua de 1.5 para menos de um milhão (INE, 2017).

<sup>17</sup> Ou seja, por cada 100 jovens até aos 14 anos existiam 128 pessoas idosas.

anteriores, de 143 para 94. Para além disso, segundo as novas projeções do INE (2017) o índice de sustentabilidade potencial<sup>18</sup> baixará em 2080 para 137 indivíduos em idade ativa por cada 100 idosos.

Esta conjuntura suscita uma série de desafios sociais, económicos e políticos. Deste modo, nas diferentes sociedades, estes fatores levantam a dificuldade de proporcionar serviços adequados e equitativos para as crescentes exigências das camadas seniores atuais e colocam em risco os sistemas pensionais e de prestação de cuidados de saúde, contribuindo para a exclusão social e, ainda, para o empobrecimento das gerações futuras (Arrubla-Sánchez, 2013; Cavalcanti, Moreira, Barbosa, & Silva, 2016; Fernández-Ballesteros et al., 2016; Kendig & Woods, 2015; Moraliyska, 2017; Pollack, 2015; Routray, 2017; Venkatapuram et al., 2017; WHO, 2014). Assim sendo, esta realidade exige, não só a tomada de políticas públicas eficazes, mas também uma necessária resposta por parte da sociedade civil (e.g. pelo apoio e incentivo à frequência de instituições como os CD, uma vez que promovem uma ponte entre a rede de suporte de cuidados formal e informal) e, igualmente, por parte dos próprios indivíduos (e.g. realizarem um maior esforço para se inteirarem sobre questões de saúde que os afetam e sobre os apoios disponíveis, adotarem hábitos mais saudáveis e se envolverem ativamente, enquanto cidadãos, em iniciativas sociais de apoio) (Apóstolo, 2013; Daniel et al., 2015; Pollack, 2015).

Também recentemente, o *Relatório Mundial Acerca do Envelhecimento e Saúde* da OMS, tendo presente a importância da prevenção e da promoção da saúde, veio reforçar a necessidade de investimento nesta área relativamente aos seniores, adotando uma visão que contraria o reducionismo económico latente na ideia de que as crescentes necessidades destas populações constituem um aumento de gastos insustentável. Neste corpo de trabalho é analisada uma multiplicidade de questões relacionadas com o envelhecimento que, com base na evidência comprovada, permite adotar uma visão positiva acerca do mesmo e um novo significado do conceito de saúde, o qual inclui a dimensão do BE. Nele, tendo o EA como linha orientadora, são discutidas políticas e medidas concretas menos onerosas, passíveis de ser implementadas na prática da saúde pública e que potenciam sociedades mais saudáveis, inclusivas e equitativas, sem necessidades de gastos acrescidos com a saúde (WHO, 2015).

### **1.5.1. O envelhecimento ativo.**

As alterações da curva demográfica suscitam uma revisão de aspetos relacionados com a saúde, o BE e a QV. Este último aspeto requer um investimento em formas de manter as pessoas idosas funcionais e ativas na sociedade. Estas noções e propósitos foram reconhecidos, pela

---

<sup>18</sup> Traduz-se no quociente entre o número de pessoas em idade ativa e o número de pessoas com 65 ou mais anos.

UE, OCDE e OMS, levando à emergência do conceito de EA como uma prioridade política major (Bülow & Söderqvist, 2014; de São José & Teixeira, 2014; Mendes, 2013; Moulaert & Paris, 2013; van Dyk, 2014; Walker & Maltby, 2012). Este estudo alicerça-se no modelo adotado pela OMS.

Assim, tendo como principal escopo a promoção da QV e o BE físico e mental, a noção de atividade inerente ao conceito de EA diz respeito a uma participação contínua em atividades e interesses de ordem cultural, social, económica e espiritual, que vai para além da capacidade para estar fisicamente ativo, ou de pertencer ainda à população profissionalmente ativa. Assim, mesmo as pessoas que estão aposentadas ou que estão doentes e exibem algumas incapacidades, podem permanecer ativas no seio das suas famílias e comunidades (Abdullah & Wolbring, 2013; de São José & Teixeira, 2014; Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, & Kalache, 2013; Katz & Calasanti, 2015; Mendes, 2013; Moulaert & Paris, 2013; Walker, 2015; WHO, 2002). Deste modo, o conceito de EA emerge como um novo paradigma sob a égide da OMS, sendo definido como um processo que se aplica tanto aos indivíduos como a grupos populacionais e que permite melhorar a QV no decurso do envelhecimento, mediante a criação e o proporcionamento de condições que possibilitem otimizar uma maior segurança, um melhor acesso à saúde e uma maior participação na sociedade de forma a promover e potenciar o BE biopsicossocial de acordo com os desejos, necessidades e capacidades dos indivíduos (e.g. Bárrios & Fernandes, 2014; Paúl et al., 2012; Walker, 2015; Walker & Zaidi, 2016; WHO, 2002; Zaidi et al., 2017).

O EA alicerça-se em três pilares fundamentais: a saúde, a participação e a segurança, que devem ser promovidos ao longo da vida,<sup>19</sup> estando subjacente neste conceito multidimensional que o seu entendimento não se limita a uma noção de manutenção de capacidades, mas consiste também numa estratégia global que visa fomentar a saúde e o BE em geral, pressupondo que para alcançar estes objetivos é necessário haver uma igualdade de oportunidades para os seniores, a qual deve ser acedida pelo exercício dos seus direitos na qualidade de cidadãos participativos. Deste modo, o EA implica uma ação concertada e sinérgica entre os próprios indivíduos (e.g. adoção de estilos de vida saudáveis), os estados (e.g. implementação de políticas de apoio) e as ações das organizações civis e de cariz social (Bárrios & Fernandes,

---

<sup>19</sup> A saúde presente neste conceito reporta-se também à saúde mental e ao BE, enfatizando aspetos como a prevenção de situações de doença e incapacidade, o acesso a tratamentos eficazes e a ambientes de suporte social que reduzam o isolamento e a solidão. Na participação social são contemplados vários tipos de programas e ações que devem ser adaptados às preferências e capacidades dos indivíduos, tais como o voluntariado, atividades inter pares ou intergeracionais, as atividades laborais formais ou informais e as oportunidades de aprendizagem contínua. No que concerne à segurança, está subjacente a promoção de garantias cívicas, económicas e sociais que permitam reduzir as desigualdades de acesso às oportunidades para a satisfação das necessidades e o exercício dos direitos dos seniores, potenciando a sua dignidade (Bárrios & Fernandes, 2014; Ribeiro & Paúl, 2011; Walker & Zaidi, 2016; WHO, 2002; 2015).

2014; Fernández-Ballesteros et al., 2013; Ribeiro & Paúl, 2011; Walker, 2015; Walker & Zaidi, 2016; WHO, 2002; 2015).

Diferentes fatores influem no EA, respeitantes às nações, às famílias e aos próprios indivíduos e devem ser considerados na implementação de políticas e programas para o seu sucesso. Este conjunto de determinantes e a sua interação afetam a QV, a saúde e o BE, constituindo bons indicadores de como as pessoas e as populações envelhecem. Para além de dois fatores transversais como a cultura (valores e estereótipos) e as questões de género, a OMS aponta outros seis que, por sua vez, incluem diferentes aspetos: relacionados com os serviços sociais e de saúde (e.g. assistência a longo prazo por cuidadores informais e formais); o ambiente físico (condições do espaço envolvente); pessoais (e.g. fatores psicológicos como as emoções positivas e as capacidades cognitivas); comportamentais (e.g. alimentação e exercício físico); sociais (e.g. rede de contatos e suporte social, oportunidades de aprendizagem e educação, atividades de voluntariado e participação em atividades sociais); de ordem económica (e.g. existência de segurança social) (Abdullah & Wolbring, 2013; Bárrios & Fernandes, 2014; Paúl et al., 2012; WHO, 2002).

Tem-se assistido nos últimos anos a várias iniciativas de um maior esforço político, social, individual e científico para ampliar uma conjuntura favorável de forma a difundir e implementar o EA. Ao nível político, para além da produção legislativa europeia, outros exemplos foram o estabelecimento do *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações* em 2012 (EC, 2010) e o lançamento em 2014 do programa *Horizonte 2020* para apoiar o financiamento à investigação e inovação incluindo a área da saúde, mudanças demográficas e BE (EC, 2017). A nível científico, vários estudos têm procurado esclarecer e precisar o EA e os seus propósitos, avaliar os fatores determinantes e a eficácia de intervenções e programas (multidomínios ou específicos) que visam promovê-lo, no sentido de encontrar soluções práticas e eficazes e também com o intuito de auxiliar os decisores políticos na tomada de medidas públicas e legislativas (e.g. Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros et al., 2013; Lassen & Moreira, 2014; Walker, 2015).

Em Portugal, também tem-se vindo a assistir a uma proliferação de iniciativas para a generalização e prática do EA. Ao nível político, tanto a DGS (2006) como a DGSS (2017) e o SNS (2017) têm implementado programas.<sup>20</sup> Contudo, tem sido evidenciado na literatura nacional que ainda é preciso um maior esforço tanto para precisar o conceito de EA e difundi-

---

<sup>20</sup> O *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* (DGS, 2006), incorpora o conceito de EA da OMS como linha orientadora para as estratégias de intervenção, referindo entre as diferentes propostas, a estimulação das funções cognitivas. Por outro lado, o *Programa de Proteção Social das Pessoas Idosas* (DGSS, 2017) elenca uma série de medidas de garantias e proteção de forma a criar as condições de acesso à segurança, saúde e participação. Recentemente, foi criada a *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*, envolvendo uma série de agentes interministeriais e autárquicos para sensibilizar a população para o EA e desenvolver políticas eficazes (SNS, 2017).

lo, sem esquecer que o mesmo implica tanto uma responsabilidade coletiva como individual. Também tem sido alertada a necessidade de criação de iniciativas e programas de intervenção que integrem esforços conjugados dos vários setores sociais, de forma a apoiar os seniores e incentivá-los na sua adesão a estratégias que lhes permitam aumentar a QV e BE (e.g. Apóstolo, 2013; Bárrios & Fernandes, 2014; de Almeida, 2016; de São José & Teixeira, 2014; Mendes, 2013; Menichetti et al., 2016; Paúl et al, 2012).

### **1.5.2 Exemplos de iniciativas no âmbito do envelhecimento ativo numa perspetiva *bottom-up*.**

De acordo com o conceito de EA, a noção de atividade é ampla, integrando tanto atividades não produtivas (e.g. espirituais) como produtivas, sendo que estas não devem ter um entendimento limitado às atividades laborais ou remuneradas. Além disso, a concretização do EA passa pela conjugação de esforços de vários atores sociais, incluindo os próprios seniores (de São José & Teixeira, 2014; Walker 2015; WHO, 2002). Dois bons exemplos de iniciativas de tipo *bottom-up* respeitantes a atividades produtivas de cariz social são as atividades educativas proporcionadas pelas universidades seniores (US) e o voluntariado.

Tendo por base a dimensão sociocultural do envelhecimento e que a ação educativa não deve ser limitada a nenhuma etapa da vida em específico, o movimento comumente designado por US surge na Europa a partir dos anos 70 como uma resposta socioeducativa às necessidades e aos interesses das populações seniores (Cachioni, 2012; Carvalho & da Silva, 2015; Gil, 2015; Loureiro, 2011; Pocinho, Lacerda & Santos, 2015; Puşcaşu, 2015).

Em Portugal, o movimento das US inicia-se em 1976 ganhando gradualmente maior expansão e reconhecimento político. Atualmente a sua rede já se encontra disseminada por todo o território e o seu número ultrapassa as 230. Grande parte das US são associações sem fins lucrativos, enquanto outras resultam como respostas autárquicas ou dependem de IPSS (Carvalho & da Silva, 2015; Jacob, 2012; Pocinho et al., 2015).

As US constituem assim um dos bons exemplos de organização civil a nível do EA. Para além de procurarem fomentar a aprendizagem ao longo da vida, elas também possuem outros objetivos como proporcionar espaços de lazer e convívio, iniciativas e projetos de participação cívica, nas quais se incluem as ações de voluntariado. A prossecução de todos estes objetivos tem como fim último a promoção da saúde, a QV, o BE, o desenvolvimento pessoal, inclusive, para tornarem-se cidadãos mais ativos e úteis nas comunidades (Carvalho & da Silva, 2015; Jacob, 2012; Mackowicz & Wnek-Gozdek, 2016; Pocinho et al., 2015). Um estudo levado a cabo por Cachioni et al. (2014) veio recentemente reforçar que as finalidades supracitadas

correspondem na sua generalidade às motivações que levam a procura deste tipo de respostas socioeducativas. Noutro estudo mais recente, foi verificado que uma maior frequência nas US e por conseguinte, mais tempo de contacto com uma aprendizagem contínua, contribuiu para melhores níveis de BES e BEP (Cachioni et al., 2017).

Outra atividade considerada socialmente produtiva de tipo *bottom-up* é o voluntariado (de São José & Teixeira, 2014; Walker, 2015; WHO, 2002). O voluntariado traduz-se no desejo de doação altruística por parte do voluntário dos seus recursos (e.g. de tempo) e competências para o benefício de outras pessoas, grupos, comunidade ou causas. Pode concretizar-se através de diferentes formas e tipo de ações e, ao contrário de ajudas espontâneas ou informais em prol de familiares, amigos ou estranhos, o voluntariado, normalmente, relaciona-se com um compromisso proactivo livre, tendo em vista objetivos e práticas determinadas que, para além de trazer benefícios para aqueles que recebem ajuda diminuindo assim as desigualdades sociais, também acarreta aportes positivos para o próprio voluntário: o aumento da rede de contatos e da integração social; a descentração dos próprios problemas; um maior contacto com emoções positivas, atividades satisfatórias e um estilo de vida mais ativo e saudável. Acresce que o voluntariado tende a traduzir-se numa atividade recompensadora por estar associada ao serviço dos outros e ao reconhecimento social. Em virtude disto, potencia o aumento da autoestima e uma autoperceção de maior eficácia, competência e pertença comunitária, contribuindo assim, para uma maior sentido de autovalorização e propósito existencial que, por via de outro tipo de atividades sociais como *hobbies* ou atividades de prestação de auxílio com um carácter mais obrigatório (e.g. cuidadores), por vezes não é tão bem conseguido (Choi, Stewart, & Dewey, 2013; Jenkinson et al., 2013; McMunn, Nazroo, Wahrendorf, Breeze, & Zaninotto, 2009; Piliavin & Siegl, 2007; Post, 2005; Principi, Schippers, Naegele; Di Rosa, & Lamura, 2016; UN, 2011; 2015b; Wilson, 2000; 2012).

Nesse sentido, muitos estudos com seniores têm vindo a relacionar a prática regular moderada do voluntariado com vários tipos de benefícios, nomeadamente, a realização de novas aprendizagens, melhores níveis de saúde física, mental e cognitiva, BES, bem-estar psicológico (BEP), redução do risco de depressão e, inclusive, o aumento da longevidade (Anderson et al., 2014; Carr, Kail, & Rowe, 2018; Chen, 2016; Guiney & Machado, 2018; Jenkinson et al., 2013; Kahana, Bhatta, Lovegreen, Kahana, & Midlarsky, 2013; McMunn et al., 2009; Mundaca & Gutiérrez, 2014; Piliavin & Siegl, 2007; Pilkington, Windsor, & Crisp, 2012; Stukas, Hoye, Nicholson, Brown, & Aisbett, 2016; Tabassum, Mohan, Smith, 2016; Windsor, Anstey, & Rodgers, 2008). Em contrapartida, e apesar de corresponder a um comportamento pró-social, a relação entre o voluntariado e o florescimento é ainda pouco estudada e, sobretudo, dirigida a

camadas mais jovens (Nelson, Layous, Cole, & Lyubomirsky, 2016), provavelmente por se tratar de um constructo recente (Momtaz, Hamid, Haron, & Bagat, 2016; Araújo et al., 2017).

Considerando as vantagens pessoais dos próprios voluntários e os benefícios sociais, o voluntariado deve ser apoiado e incentivado a vários níveis (e.g. político, legislativo, científico), incluindo o formativo, para se tornar uma intervenção de saúde pública difundida que possa envolver também pessoas em circunstâncias mais propensas a situações de exclusão social, como por exemplo, indivíduos com baixos rendimentos, pouca escolaridade ou com idade avançada (Carr et al., 2018; Carvalho & Sampaio, 2017; Hong & Morrow-Howell, 2013; Jenkinson et al., 2013; Pettigrew, Jongenelis, Newton, Warburton, & Jackson, 2015; Principi et al., 2016; Tabassum et al., 2016; UN, 2011; 2015b). Um estudo recente levado cabo por Steunenberg, van der Mast, Strijbos, Inouye e Schuurmans (2016), revela que o treino dos voluntários num contexto hospitalar para as ações diretas supervisionadas com os pacientes (e.g. EC), com os familiares e no suporte aos técnicos de saúde, melhorou a qualidade do serviço prestado, contribuiu para a redução de custos e para que todos os intervenientes neste processo percecionassem mais-valias no contributo das ações de voluntariado: aliviar as dificuldades de intervenção dos técnicos e auxiliar o processo de monitorização, criar um elo de comunicação mais acessível com os pacientes, contribuir para diminuir o sentimento de solidão dos mesmos. Por parte dos voluntários, este tipo de dinâmicas favoreceu a sua satisfação com o trabalho, sentindo um maior *empowerment*, reforçado pelo reconhecimento do seu contributo e pelo contato com sentimentos de gratidão.

## **1.6. Bem-Estar**

Ao longo dos capítulos precedentes várias vezes foi referido o BE, associando-o à saúde, à QV e à autonomia dos indivíduos, tornando assim essencial a busca de caminhos que conduzam à sua promoção. Posto isto, é importante procurar responder a algumas questões: O que se entende por saúde? Qual é a sua ligação ao BE? O que é o BE, como surgiu e quais são as suas vertentes? Como se relaciona o BE com o envelhecimento? Como é que o BE pode ser promovido numa fase final do ciclo de vida?

A noção de saúde tem sofrido transformações no tempo. A partir de 1960 e 1970 começou a emergir a perspetiva biopsicossocial, baseada no pensamento sistémico que, para além dos aspetos biológicos, integrou no conceito de saúde as dimensões psicossociais, bem como a relevância da sua interação. Deste modo, a saúde deixa de ser entendida apenas como mera ausência de quadros patológicos e na prática clínica, cada vez mais, é difundida a importância da necessidade de se promover estilos de vida saudáveis e interrelacionar com a noção de saúde

conceitos como a QV e BE (Alonso, 2004; Engel, 2012; Farre & Rapley, 2017; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005c; Hatala, 2012; Loureiro & Miranda 2016; Mallee, 2017; Scliar, 2007).

Seguindo esta linha, a OMS (Loureiro & Miranda, 2016; WHO, 2001; 2004; 2005; 2013; 2017) estabeleceu um novo entendimento para a saúde mental, clarificando que a mesma não corresponde apenas à ausência de quadros psicopatológicos, mas implica também a presença de saúde mental positiva, isto é de BE (emocional, psicológico e social). Assim, a busca de meios para a avaliação e promoção de uma saúde mental positiva, a par da saúde física, deve tornar-se uma das principais metas individuais e sociais a ser alcançadas, dada a sua importância para a saúde em geral e para o BE. Esta noção de saúde mental positiva como equivalente a um estado de BES, BEP e bem-estar social (BESOC) tem sido corroborada cientificamente. Porém, a sua relação com a doença mental não corresponde a uma relação de exclusão recíproca. Mesmo perante a presença ou ausência de quadros psicopatológicos, os indivíduos podem ou não apresentar uma saúde mental positiva. Assim, o fomento da saúde deve não só traduzir-se no tratamento da doença mental mas também na promoção de uma saúde mental positiva, enquanto fonte protetora dos problemas físicos e mentais (da Fonte; Ferreira, & Alves, 2017; Keyes, 2002; 2005; 2014; Lamers, Westerhof, Glas, & Bohlmeijer, 2015; Trompetter, de Kleine; & Bohlmeijer, 2017; Trompetter, Lamers, Westerhof, Fledderus, & Bohlmeijer, 2017; Westerhof & Keyes, 2010).

Também na Psicologia verificou-se uma evolução influenciada pela transformação do conceito de saúde e da crescente investigação acerca do BE, surgindo no fim da década de 1990 um novo ramo, a Psicologia Positiva (PP). Esta procura contrariar a tendência anterior e privilegia um enfoque nas dimensões positivas da vida, bem como as potencialidades e o funcionamento positivo dos indivíduos e da sociedade, de forma a contribuir para a promoção da saúde. É sobretudo, com os esforços de Seligman que a PP se afirma enquanto ramo científico. Numa revisão recente, o principal objetivo da sua teoria passa a ser o aumento do florescimento, o qual corresponde ao principal meio de avaliação de BE<sup>21</sup> (Araújo et al., 2017; Camaliente & Bocalandro, 2017; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005c; Machado, Gurgel, & Reppold, 2017; Scorsolini-Comin, 2012; Scorsolini-Comin, Fontaine, Koller, & Santos, 2013; Reppold, Gurgel, & Schiavon, 2015; Seligman 2002; 2010; 2011b; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Shrestha, 2016).

---

<sup>21</sup> Num primeiro momento, a sua teoria centra-se essencialmente na felicidade, que engloba três elementos chave (as emoções positivas, o envolvimento e o sentido na vida), cujo principal meio de avaliação e objetivo último era a SCV. Posteriormente, tendo concluído que a felicidade, enquanto constructo, apresentava dificuldades de operacionalização e que o BE era influenciado não só por fatores pessoais e subjetivos, mas também por questões ligadas ao contexto e às relações interpessoais, reviu a sua teoria e orientou o foco da PP para o constructo do BE enquanto conceito amplo e dinâmico, acrescentando assim, a realização pessoal e os relacionamentos positivos aos elementos pré-existentes.

Contudo, a falta de consenso em torno do conceito de BE e na forma de o avaliar constitui um desafio para uma expansão da PP e uma necessidade de aprofundamento nesta área de forma a impulsionar intervenções e políticas eficazes (Araújo et al., 2017; Helliwell, Layard, & Sachs, 2012; 2013; 2015; 2017; Huppert & So, 2009; 2013; Miret et al., 2015; World Health Organization Regional Office for Europe, 2012a; 2012b). Durante séculos e ainda hoje questiona-se sobre o que é a felicidade. A transposição desse debate do campo da Filosofia para a Psicologia tem vindo a refletir-se na teorização do BE. Ao longo da literatura, o mesmo emerge sob diferentes designações que espelham vários dos significados atribuíveis à felicidade. A existência destas diferentes perspetivas e a falta de precisão conceptual denota a dificuldade de se chegar a uma definição geral e concreta. De entre os diversos constructos e as suas respetivas medidas, que integram o amplo conceito de BE, os mais estudados são o BES e o BEP propostos por Diener (1984) e Ryff (1989a; 1989b), respetivamente (Cooke, Melchert, & Connor, 2016; Dodge, Daly, Huyton, & Sanders, 2012; Galinha, 2008; Grinde, 2016; Huta & Waterman, 2014; Lent, 2004; Proctor, Tweed, & Morris, 2015; Ryan & Deci, 2001; Ryff & Keyes, 1995; Sachs, Becchetti, & Annett, 2016).

O estudo destas componentes de BE em Psicologia assenta em duas tradições filosóficas, o hedonismo e o eudaimonismo. A visão hedónica associa a noção de felicidade à vivência e acumulação do prazer e o evitamento do sofrimento. A sua transposição para a Psicologia deu origem ao estudo do BES. No eudaimonismo a felicidade é alcançada pela virtude e pela realização do potencial humano, estando subjacente a ideia de um processo de crescimento a cumprir. Com base na eudaimonia, emergiram várias novas teorias e conceitos de BE, sendo o conceito de BEP de Ryff uma das principais referências. Este consiste numa avaliação subjetiva do funcionamento psicológico através das seguintes dimensões de atualização: a autonomia; o crescimento pessoal; relações positivas; domínio do meio; propósito na vida; e autoaceitação (Araújo et al., 2017; Cooke et al, 2016; Dodge et al., 2012; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005c; Galinha, 2008; Grinde, 2016; Huta & Waterman, 2014; Linley, Maltby, Wood, Osborne, & Hurling, 2009; Novo, 2005; ; Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989a; 1989b; 2014; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008; Sachs et al, 2016; Sanjuán, 2011)

A relação entre o BES e o BEP tem vindo a ser discutida, originando duas visões concorrentes: uma postula que as componentes hedónica e eudaimónica constituem diferentes aspetos de um mesmo constructo, o que conduz a alguma sobreposição das medidas que as operacionalizam; ao passo que a visão predominante defende que o BES o BEP são constructos distintos e que, apesar de se poderem correlacionar, cada um também carrega em fatores diferentes e apresenta relações com variáveis distintas, proporcionando poderes preditivos

adicionais ao BE a ser tidos em conta na prática clínica (Biswas-Diener, Kashdan, & King, 2009; Chen, Jing, Hayes, & Lee, 2013; Huta, 2015; 2016; 2017; Huta & Waterman, 2014; Joshanloo, 2016; Kashdan, Biswas-Diener, & King, 2008; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Linley et al., 2009; Lui & Fernando, 2018). Do exposto, verifica-se que apesar da proliferação da investigação acerca do BE, a definição e operacionalização da sua natureza multidimensional correspondem ainda a um processo inacabado, trazendo à luz a necessidade de um olhar de complementaridade. Aliás, esta noção tem sido a orientação adotada nas *guidelines* que a OCDE propõe para avaliação do BE (Cooke et al., 2016; Galinha, 2008; Helliwell et al., 2013; 2017; Henderson & Knight, 2012; Huta, 2016; Lui & Fernando, 2018; Sachs et al., 2016; World Health Organization Regional Office for Europe, 2012b).

A par destas duas principais vertentes (BES e BEP), novas propostas têm vindo a surgir no seio da investigação do BE, acrescentando a dimensão social, tendo em conta a importância que as circunstâncias e os aspetos do funcionamento social possuem ao longo da vida. Nesse sentido, Keyes (1998) foi o primeiro a desenvolver um modelo de BESOC, avaliando as seguintes componentes: aceitação, atualização, contribuição, integração e coerência sociais (Diener & Ryan, 2009; Hervás & Vázquez, 2013; Keyes, 1998; Lui & Fernando, 2018).

Também alicerçados na importância das diferentes dimensões e da necessidade de integrá-las, surgem diferentes estudos que transportam para o domínio científico o conceito de florescimento que, de uma forma genérica, pode traduzir-se por um estado ótimo de funcionamento em que um indivíduo se sente e funciona bem. Keyes (2002) é um dos primeiros a iniciar o seu estudo, associando-o ao conceito de saúde mental entendido numa dinâmica de continuidade dual. Com base em indicadores do BES (afetos positivos [AP] e SCV), BEP (Ryff, 1989b) e BESOC (Keyes, 1998), ele propõe um modelo de avaliação da mesma, e com isso faz um diagnóstico de florescimento, na qual o indivíduo pode oscilar entre um estado de definhamento, de saúde mental moderada ou de florescimento, consoante a expressão e conjugação desses indicadores. Posteriormente, outros modelos foram emergindo (e.g. Diener et al., 2010; Huppert & So, 2009; 2013; Seligman, 2011b). Apesar da singularidade de cada modelo, existem aspetos que lhes são comuns como é o caso do sentido/propósito na vida e das relações positivas. Atualmente, o estudo do florescimento tem vindo a expandir-se fazendo com que o mesmo ganhe centralidade na investigação do BE (Cooke et al., 2016; Dodge et al., 2012; Hone, Jarden, Schofield, & Duncan, 2014; Kern, Della Porta, & Friedman, 2014; Keyes, 2005; 2007; Keyes & Simões, 2012; Lui & Fernando, 2018; Momtaz et al., 2016; Scorsolini-Comin et al., 2013; Sachs et al., 2016).

Neste estudo serão apenas abordados os temas do BES e o modelo de florescimento de Diener et al. (2010), uma vez que fundamentam os instrumentos de medida escolhidos.

### **1.6.1. O bem-estar subjetivo.**

Atualmente é consensual que o BES é um conceito multidimensional que engloba uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, tendo como principais componentes a SCV, os AP e os afetos negativos (AN). Ambas as dimensões podem ser analisadas quer globalmente, quer em domínios específicos, partindo das avaliações e experiências dos próprios indivíduos. Apesar de a maioria dos autores estar em sintonia quanto à estrutura do BES, a relação entre as dimensões e entre os componentes tem recebido diferentes expressões nas investigações, sendo suportado que, embora possam contribuir para um fator global, também possuem autonomia, devendo ser analisados em separado, pois implicam diferentes processos, tipos de influências, podem ocorrer de forma independente e proporcionam níveis de análise distintos, sendo por isso importante a realização de uma análise complementar conjunta. Enquanto os juízos relativos à SCV tendem a refletir objetivos e valores de vida perspetivados de forma mais consciente e que se relacionam com uma perspetiva temporal mais longa e atenta às circunstâncias; as reações afetivas podem ser mais permeáveis aos estados físicos e à motivação inconsciente e, em alguns casos, constituir respostas mais imediatas com menor duração face aos acontecimentos presentes (Chen et al., 2013; Crivelli, Della Bella, & Lucchini, 2016; Diener, 2013; Diener & Emmons, 1984; Diener, Smith, & Fujita, 1995; Diener, Heintzelman et al., 2017; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Galinha, 2008; Helliwell et al., 2012; 2013; 2017; Kashdan et al., 2008; Lucas, Diener, & Suh, 1996; Watson, 1988; Wilson, 1967).

De acordo com Luhmann, Hawkey, Eid e Cacioppo (2012), apesar de grande parte das investigações avaliarem a SCV em termos gerais e os afetos com base em quadros temporais delimitados (e.g. últimas semanas) e isso poder levantar questões acerca da independência das dimensões cognitiva e afetiva, estas tendem a manter uma diferença estrutural mesmo quando são avaliadas com um quadro temporal idêntico. Além disso, estes autores concluíram que na avaliação da dimensão cognitiva, independentemente de se reportar a momentos específicos, os indivíduos tendem a fazer uma reflexão global das circunstâncias de vida e na avaliação dos afetos sobressaem os acontecimentos recentes mais transitórios. Devido a estas tendências a reprodução dos efeitos de eventos marcantes para as circunstâncias de vida que afetam ambas as dimensões vão perdurar nas avaliações de SCV e esbater-se nas avaliações afetivas, face ao efeito de outros acontecimentos mais recentes posteriores. Por esse motivo, os autores consideram que na avaliação de intervenções que procurem influir no BES, é preciso ter em

conta que, se as mesmas procuram incidir na esfera individual ao nível das atividades e comportamentos, estas terão um efeito mais notório na dimensão afetiva.

Ao longo de vários estudos com a colaboração de diferentes autores, Diener conclui que o BES não se traduz numa entidade unitária, reportando-se à avaliação subjetiva que os indivíduos fazem acerca da sua vida, tendo subjacente a noção de que melhores níveis de BES estão associados a uma maior frequência da vivência de SCV e AP e uma menor frequência de AN. A separação dos componentes e a necessidade de uma análise conjunta dos mesmos tem vindo a ser reforçada não apenas pelo facto de estatisticamente corresponderem a diferentes fatores com uma independência relativa, mas também por que podem ocorrer independentemente e pelo tipo de influência que recebem e que causam. Assim, por exemplo, as emoções podem ocorrer involuntariamente à cognição, os AP podem ser influenciados por relações sociais positivas e, por sua vez, contribuirão para uma maior sociabilidade, ao passo que os AN não apresentam o mesmo tipo de conexão, estando mais relacionados com os conflitos sociais. Nesse sentido uma análise conjunta de avaliações separadas de cada componente proporciona uma complementaridade informativa (e.g. Diener, 1984; 2000; 2012; 2013; Diener & Biswas-Diener, 2000; Diener, Heintzelman et al., 2017; Diener, Lucas, & Oishi, 2018; Diener, Oishi, & Tay, 2018; Diener, Suh, & Oishi, 1997; Galinha, 2008; Lucas et al., 1996; Pavot & Diener, 1993; 2013; Tay & Diener, 2011; Tov & Diener, 2013).

A dimensão cognitiva do BES corresponde à avaliação que o indivíduo faz da sua vida em termos de satisfação com a mesma, quer a nível global quer em domínios específicos (e.g. vida familiar ou profissional), mediante reflexões ou julgamentos realizados através de um balanço comparativo entre as circunstâncias por ele vivenciadas e os padrões que considera serem os mais adequados. Assim, quanto maior for a proximidade das perceções das suas circunstâncias com aquilo que é tido como referência, maior será o seu nível de SCV. Uma das vantagens da análise de satisfação que se reporte à vida como um todo, é que permite que na elaboração do juízo global, implicitamente, haja uma ponderação dos aspetos que lhe são mais relevantes, sendo por isso mais sensível a variáveis individuais, dada a possibilidade de divergência na hierarquização de cada um deles. Um outro fator a ser tido em conta na análise da SCV é a delimitação temporal a que as avaliações se reportam, na medida em que a mesma pode diferir num mesmo sujeito consoante o período e a extensão de tempo questionado: em geral, passado amplo, intermédio ou mais imediato, presente ou futuro (Diener, 1984; 2000; Diener & Biswas-Diener, 2000; Diener, Scollon, & Lucas, 2004; Diener et al., 1997; Diener, Oishi et al., 2018; Galinha, 2008; Galinha & Pais Ribeiro, 2008; 2011; Helliwell et al., 2012; 2013; 2017; Kashdan et al., 2008; Lent, 2004; Pavot & Diener, 1993; 2013).

Por outro lado, a avaliação que um indivíduo faz da sua vida também pode ser realizada através de respostas emocionais. A dimensão afetiva pode ser analisada globalmente em termos de felicidade, ou através do conceito de afeto, aceite como componente emocional do BES e que, por sua vez, engloba uma vertente positiva e outra negativa. A felicidade global pode ser aferida por perguntas genéricas, pelo estudo do AP ou através de um balanço entre AP e AN (habitualmente mensurados a partir de listas de emoções). A complexidade existente em torno do conceito de afeto no que respeita à delimitação da sua estrutura e à interação ou independência dos seus componentes tem sido discutida, dando azo a opiniões divergentes. Contudo, a abordagem dimensional e a separação entre os AP e AN como dimensões básicas têm vindo a ser amplamente suportada na investigação, contrariando a posição de que os mesmos fazem parte de um contínuo ou se encontram numa correlação inversa como dois polos opostos. Embora em muitos estudos se tenha verificado que o AP e o AN possam apresentar uma ligeira correlação, a sua separação tem vindo a ser alicerçada não só pelo facto de que, simultaneamente, cada um constitui um fator distinto, mantendo correlações com variáveis diferentes, mas também porque podem coexistir num determinado momento e porque desencadeiam processos neurofisiológicos específicos. Outra questão importante na medição do afeto é o fator tempo. Tem vindo a ser aceite que o estudo dos afetos com base em amplitude temporal mais alargada (e.g. último ano) corresponde à investigação do afeto que traduz os traços de personalidade; enquanto uma delimitação temporal média (e.g. último mês) relaciona-se ao estudo do humor, que refletem o efeito cumulativo de múltiplos estímulos; e quando é curta ou imediata (e.g. última semana ou dias) a medição relaciona-se com o estudo do afeto estado, mais permeável ao impacto dos acontecimentos presentes. Além disso, o relato dos afetos relativos a períodos de tempo mais curtos tendem a ser mais precisos, devido aos vieses dos processos de memória (Bradburn, 1969; Chen, Bai, Lee, & Jing, 2016; Crivelli et al., 2016; Crocker, 1997; Diener, 2000; Diener & Emmons, 1984; Diener, Smith, & Fujita, 1995; Diener, Kanazawa, Suh, & Oishi, 2015; Diener et al., 1999; Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a; 2005b; 2008; 2011; Green & Salovey, 1999; Helliwell et al., 2012; 2013; 2017; Kercher, 1992; Lucas et al., 1996; OECD, 2013; Stone cit. por Galinha, 2008; Watson & Clark, 1994; Watson & Tellegen, 1985).

No que concerne às causas do BES, as primeiras investigações, ao seguirem mais uma perspetiva *bottom-up* que tem presente a noção de que o BES poderia resultar do somatório de experiências e circunstâncias positivas ou ser afetado pelas negativas, focaram-se no estudo dos fatores contextuais e sociodemográficos. Posteriormente, outros estudos, com base na noção do tipo de propensão inerente aos indivíduos para experienciar o ambiente e desta forma atribuir-lhe significado, começaram a privilegiar uma perspetiva *top-down*, atribuindo maior relevo aos

aspectos intrapessoais (e.g. personalidade) para explicar a variabilidade do BES entre os indivíduos a longo prazo. Atualmente, tem-se vindo a demonstrar a impossibilidade de se atribuir a exclusividade a um único fator preditivo, bem como o facto de que um mesmo fator pode representar um peso diferente para cada componente do BES. Isto porque os fatores intrapessoais, para além de não explicarem a maioria da variabilidade dos níveis de BES, não são imunes aos fatores ambientais. De facto, os acontecimentos de vida marcantes (e.g. viuvez e desemprego) não só afetam as dimensões do BES ao longo do tempo e podem ultrapassar a capacidade adaptativa dos indivíduos, como tendem a afetar mais a dimensão cognitiva, o que evidencia a diferença de valor preditivo entre os componentes. Em suma, existem diversos determinantes como os fatores externos (e.g. rendimento), os pessoais (e.g. experiência da vida familiar) e os intrapessoais (e.g. genética e personalidade) que podem influenciar o BES. Alguns fatores, como é o caso da saúde física e mental ou a qualidade das relações sociais e de suporte, possuem uma relação biunívoca com o BES, sendo, simultaneamente, fator causal e consequência do mesmo. Assim, por exemplo, a existência de uma boa rede social e de suporte contribuem para o BES, ao mesmo tempo que o BES potencia a sociabilidade e relacionamentos com qualidade. O entendimento do BES como resultado de fatores intrínsecos e extrínsecos está de acordo com a perspetiva biopsicossocial e concede-lhe maleabilidade, permitindo a realização de intervenções em níveis distintos. Neste estudo relevam especialmente os fatores sociais, a aquisição de novos conhecimentos e a saúde cognitiva (Diener, 1984; 2012; 2013; Diener, Heintzelman et al., 2017; Diener, Inglehart, & Tay, 2013; Diener, Lucas et al., 2018; Diener, Oishi et al., 2018; Diener, Pressman et al., 2017; Diener & Ryan, 2009; Helliwell et al., 2012; Howell, Passmore, & Holder, 2016; Luhmann, Hofmann, Eid, & Lucas, 2012; Lyubomirsky, King, & Diener, 2005; Moore, Diener, & Tan, 2018; Nes & Røysamb, 2015; Oishi & Diener, 2014; Oishi & Gilbert, 2016; Tay & Diener, 2011; Tay & Kuykendall, 2013; Tay et al., 2015; Yap, Anusic, & Lucas, 2012).

Quanto aos efeitos, vários autores (de Neve, Diener, Tay, & Xuereb, 2013; Diener, Heintzelman et al., 2017; Diener et al., 2015; Diener, Oishi et al., 2018; Diener, Pressman et al., 2017; Diener & Ryan, 2009; Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005; Oishi, Diener & Lucas, 2007; Sheldon & Lyubomirsky, 2012; Tay et al., 2015) têm vindo a referir uma multiplicidade de estudos que evidenciam que o BES produz benefícios individuais e coletivos, nomeadamente: ao nível da saúde e longevidade (e.g. mais comportamentos de vida saudáveis); ao nível profissional (e.g. melhor produtividade); ao nível das relações sociais (e.g. contribui para a abertura relacional e para o investimento no aumento da rede social e de suporte); e ao nível societário (e.g. pessoas com níveis de BES tendem a ser mais altruístas e envolverem-se em atividades pro-sociais e nas questões cívicas, como o voluntariado).

Apesar da proliferação da investigação, a necessidade de se realizarem mais estudos experimentais e longitudinais com base nos diferentes componentes e conjugá-los com outras formas de medição para além do auto-relato, incluindo medidas cognitivas de memória, continua a ser referenciada (Diener, Heintzelman et al., 2017; Diener, Lucas et al., 2018; Diener, Oishi et al., 2018; Diener, Pressman et al., 2017).

### **1.6.2. O modelo de florescimento de Diener.**

A proposta de florescimento de Diener e colaboradores (2010) materializou-se na construção de uma escala de florescimento – *Flourishing scale* (FS). Em termos gerais, a FS tem como escopo avaliar a prosperidade psicossocial dos indivíduos e foi desenvolvida para complementar as medidas de BES na compreensão do BE enquanto fenómeno multidimensional, uma vez que estas isoladamente não abarcavam áreas do funcionamento psicológico positivo e social, como a competência, o otimismo, ou as relações com os outros (Hone, Jarden, Schofield, & Duncan, 2014). Deste modo, os autores da FS basearam-se, por um lado, nos conceitos de autoaceitação, competência e sociabilidade provenientes da teoria das necessidades psicológicas básicas, os quais integravam os modelos de Ryff (1989b), Ryff e Singer (1998) e Ryan e Deci (2000). Por outro lado, também se basearam nos conceitos de capital social (Helliwell, Barrington-Leigh, Harris, & Huang, 2010; Putnam, citado por Diener et al., 2010), de capital psicológico formado pelos conceitos de *flow*, interesse e envolvimento (Csikszentmihalyi, 1990), nos conceitos de propósito e sentido de vida (Seligman, 2002; Steger, Kashdan, Sullivan, & Lorentz, 2008; Ryff, 1989b; Ryff & Singer, 1998) e ainda nos conceitos de otimismo (Peterson, Seligman, & Vaillant, 1988; Scheier, & Carver, citados por Diener et al., 2010), relações positivas, contributo social (Brown, Nesse, Vinokur, & Smith, 2003; Dunn, Aknin, & Norton, 2008) e empenho nas atividades (Seligman, 2002). Conforme é possível constatar, a FS tem por base vários conceitos que não estão explanados nas escalas de BES, tornando-a num instrumento útil para contribuir na avaliação do BE (Diener et al., 2010; Hone, Jarden, Schofield, & Duncan, 2014; Killen & Macaskill, 2015; Momtaz et al., 2016).

Apesar das vantagens deste construto, Araújo et al. (2017) referem que existem poucos estudos de intervenção para a sua promoção junto da população sénior.

### **1.6.3. Envelhecimento e bem-estar.**

A crescente visão favorável e ativa do envelhecimento, aliada ao surgimento da PP e à sua extensão àquela têm corroborado a importância do BE para um envelhecimento positivo. Assim, procura-se aprofundar a relação do BE, enquanto indicador e promotor de saúde, com a

idade avançada e estabelecer os fatores e meios que o possam fomentar, inclusive na presença de declínios, sobretudo tendo em conta as necessidades individuais e sociais de haver pessoas idosas saudáveis e autónomas por mais tempo (Araújo et al., 2017; Diener & Chan, 2011; Diener, Kesebir, & Lucas, 2008; Jiménez et al., 2016; Palma & Galaz, 2018).

A relação entre a idade e o BE tem recebido diferentes expressões na investigação. Steptoe, Deaton, e Stone (2015) realçam que o habitual decréscimo de saúde nos seniores tende a diminuir os seus níveis de BE e uma vez que estes dois fatores se auto influenciam, é importante haver intervenções que o promovam. Contudo, ao contrário do que se possa supor, a constância ou inclusive o aumento de algumas dimensões do BE na população sénior também têm vindo a ser evidenciadas. Diener e Suh (1998) concluem que a tendência, mesmo perante adversidades, é que a SCV se mantenha ou aumente, que os AN se mantenham e os AP decresçam. Recentemente, Hannaford et al. (2017) verificaram que os indivíduos entre os 50 e 64 anos eram mais propensos a apresentar sintomas de ansiedade e depressão, bem como menor SCV perante agentes stressores (e.g. doença, perda de contatos, problemas financeiros), enquanto nos indivíduos com mais idade, este tipo de acontecimentos tendia a não interferir com o seu BES, o que reforça a teoria da inoculação (Eysenck, citado por Hannaford et al., 2017), segundo a qual o aumento da idade proporciona maior resiliência e regulação emocional, diminuindo o efeito dos stressores. Palma e Galaz (2018) verificaram que os seniores tendem a apresentar bons níveis de BES nas duas dimensões, realçando não só o papel que as variáveis psicossociais desempenham para esse efeito (perceção de saúde, estratégias de coping e apoio social), mas também o seu peso para cada um dos componentes.

Hansen e Slagsvold (2012) verificaram que a SCV e os AN tendem a ser estáveis e que os AP tendem a sofrer um pequeno decréscimo, independentemente do género, nos seniores mais novos e sofrer um declínio mais acentuado nos seniores mais velhos, provavelmente pela presença dos agentes stressores e pela diminuição de mecanismos compensatórios. Em contrapartida, a presença de contatos, a interação social, uma boa rede de suporte, de relações equitativas e de proximidade, de níveis educativos mais elevados e a manutenção ou o envolvimento em atividades, quer de lazer, quer produtivas, constituem alguns dos principais fatores promotores do BE. Acresce que a estabilidade ou os melhores níveis de BE encontrados nas camadas seniores, ainda que na presença de algumas adversidades inerentes às alterações biopsicossociais, têm vindo a ser explicados com base nas teorias psicológicas do envelhecimento: a da seletividade socio-emocional; do efeito da positividade; e da SOC (Araújo et al., 2017; Francescato et al., 2017; Hansen e Slagsvold, 2012; Killen & Macaskill, 2015; Ku,

Fox, & Chen, 2016; Martínez, Buz, Navarro, López-Martín, 2017; McMunn et al., 2009; Palma & Galaz, 2018; Paúl & Ribeiro, 2012; Wernher & Lipsky, 2015).

As intervenções positivas (IP) visam promover o BE, através do fortalecimento dos aspetos da vida e das características dos indivíduos que são positivos, atendendo à importância de um equilíbrio dos mesmos com os aspetos negativos. A sua eficácia tem vindo a ser comprovada também na população sénior, contribuindo, por exemplo, para o aumento dos AP e a redução de recaídas em estados depressivos. Entre alguns dos aspetos responsáveis para o seu êxito sobressaem os factos de que as mesmas permitem a realização de aprendizagens para enfrentar as adversidades, propiciam o envolvimento em atividades e a adoção de comportamentos que realçam as qualidades dos indivíduos, favorecem a experiência de emoções positivas e conduzem ao contato com o prazer na vida e com o seu propósito, ao mesmo tempo que fomentam as interações positivas, contribuindo para um EA (Baker & Ballantyne, 2013; Berger, Milicic, Alcalay, & Torretti, 2014; Fava & Ruini, 2003; Jiménez et al., 2016; Rashid, 2015; Seligman, 2011a; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005; Sin & Lyubomirsky, 2009; Stone & Parks, 2018; Sutipan, Intarakamhang, & Macaskill, 2017).

As IP podem ser muito variadas, prosseguir objetivos e recorrer a técnicas e instrumentos de análise distintos. Alguns estudos têm comprovado que as mesmas abarcam um amplo leque de domínios e atividades, mas sobretudo a possibilidade de modificarem positivamente o BE. Pires, Galinha, e de Herédia (2017) verificaram que o envolvimento de seniores na atividade de canto em grupo contribuiu para a redução dos AN, embora a mesma não tenha perdurado passado oito semanas na ausência da atividade. Avia, Martínez-Martí, Rey-Abad, Ruiz, e Carrasco (2012), ao realizarem dois estudos com base em atividades para fomentar uma revisão de vida focada em aspetos positivos, verificaram a possibilidade de melhorar significativamente a memória autobiográfica, reduzir o nível de desesperança e estimular a tendência para melhores níveis de SCV e AP. Através de uma intervenção focada na experiência de gratidão, Killen e Macaskill (2015) constataram ter havido um aumento e manutenção dos níveis de florescimento, um decréscimo no que se refere ao stresse percebido seguido do retorno a valores próximos ao início do programa e, ainda, uma pequena melhoria dos níveis de afeto e de SCV. Com base num programa psicoeducativo para promover um bem-estar emocional e um envelhecimento com êxito, Jiménez et al. (2016) constataram que apesar de terem encontrado uma tendência favorável para o aumento dos AP e decréscimo dos AN, foi possível reduzir efetivamente os níveis de preocupação e aumentar o grau de felicidade percebido, que, por sua vez, potencia os recursos pessoais e, assim, um EA.

A par dos diferentes tipos de intervenção supramencionados, existem estudos que revelam que as IC também podem aumentar o BE. Através da participação num programa de EC, Castel et al. (2017) verificaram que, numa amostra de pacientes seniores hospitalizados (que incluía indivíduos sem ou com prejuízos cognitivos), enquanto que os participantes que não frequentaram as sessões não sofreram alterações, o GE que realizou a intervenção melhorou significativamente o seu BES e ainda constataram que, dentro deste, os indivíduos cognitivamente saudáveis, quando comparados com os que apresentam DCL, obtinham melhores resultados. Neste estudo, ao contrário do que era esperado, o GE não experienciou melhorias significativas nas funções cognitivas.

Ballesteros et al. (2014) também realizaram um estudo que interliga as IC e o BE numa amostra de seniores saudáveis com a finalidade de manter e fortalecer a sua saúde cognitiva e BE face aos declínios associados ao envelhecimento. Recorrendo a videojogos de uma plataforma informática de TC, constataram que, ao contrário dos participantes do GC (sem variações), os participantes que realizaram as 20 sessões obtiveram melhorias significativas em diferentes funções cognitivas, bem como em duas dimensões de BE: assertividade e afetividade. Mais tarde, no seguimento desta intervenção, Ballesteros, Mayas et al. (2015) chegaram à conclusão que após três meses, na ausência do programa, os efeitos no BE mantiveram-se, enquanto que os ganhos alcançados ao nível das funções cognitivas se perderam, tendo por isso realçado que, apesar de ser possível induzir a plasticidade cognitiva, a manutenção dos benefícios requer a continuidade das atividades.

Porém, Belleville et al. (2018) obteve achados diferentes, reforçando a necessidade de se realizar mais investigação acerca das IC e BE. Neste estudo, que integrou indivíduos com DCL, foram constituídos três grupos: um GE que realizou um TC direcionado para a capacidade da memória do qual se esperava melhores resultados ao nível do funcionamento cognitivo; um GC ativo que realizou uma intervenção psicossocial baseado na terapia cognitivo-comportamental do qual se esperava obter melhores resultados ao nível da ansiedade, depressão e BE; e ainda um GC que não recebeu qualquer tipo das intervenções. Embora o GE tenha apresentado melhores resultados cognitivos, mantendo-os nas avaliações posteriores de *follow-up* (três e seis meses), este e o GC ativo não sofreram melhorias significativas no BE, embora o GE apresentasse níveis ligeiramente superiores ao GC ativo.

Apesar da expansão da PP e da evidência das mais-valias que as IP possam trazer, alguns autores, como Araújo et al. (2017), Bolier et al. (2013), Sin e Lyubomirsky (2009) e Sutipan et al. (2017), concluem que existe uma grande escassez de estudos de intervenção abarcando a população sénior que vão ao encontro das suas necessidades. De entre estas, do que foi até

agora exposto, a presença de relações sociais e de suporte, a promoção do BE, da saúde física e cognitiva constituem aspetos essenciais para uma boa velhice (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Cabrita, Lamers, Trompetter, Tabak, & Vollenbroek-Hutten, 2017).

À semelhança de Cummings (2002), que verificou que um dos fatores mais importantes para o BE consistia na qualidade do suporte social percebido, Francescato et al. (2017) concluem que as relações de proximidade têm um papel fundamental para a promoção do BE e para o empoderamento nos seniores, sendo por isso importante que as IP se rejam pelos princípios da Psicologia Comunitária. Também, Dolcos, Moore e Katsumi (2018) referem a importância das relações sociais para a experiência e para o aumento do BE, mas no entanto também chamam a atenção para o facto de que formas específicas de treino como o *mindfulness* podem contribuir para mecanismos que possibilitam a manutenção dos efeitos positivos no BE, uma vez que induzem alterações neuroplásticas, um envelhecimento emocional favorável e também a propensão para a sociabilização, sendo por isso necessário, investir em mais investigação acerca de formas de intervir que influenciem os mecanismos neuronais que proporcionam níveis de BE mais elevados e constantes.

Por outro lado, a percepção de prejuízos cognitivos, o efetivo declínio associado ao envelhecimento normal, bem como quadros de presença de DCL ou de demência constituem um grande risco para o decréscimo do BE (Olsson, Hagnelius, Olsson, & Nilson, 2013; Wilson et al., 2013). Contudo, tal como referido, existe uma escassez de estudos de IP a qual também se faz notar no âmbito das IC e no esclarecimento de como estas se relacionam com o BE (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Castel et al., 2017; Gates e tal., 2014; Woods et al., 2012).

Aliás, tendo em conta os benefícios das IC e do fomento das relações sociais e de suporte, alguns autores realçam a importância de haver intervenções que conjuguem sinergicamente estes dois fatores para a promoção do BE (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Gates et al. 2014). Nesse sentido, Yates et al. (2017c) constataram que uma boa rede social tem um papel importante como mediador entre o DCL e a ansiedade e depressão, sendo importante haver intervenções que promovam o envolvimento social reduzindo o risco de perturbações do humor, que propiciam a progressão do declínio cognitivo.

Tendo em conta tudo o que foi exposto, constata-se uma escassez de estudos experimentais, no âmbito das IC, do BES que se conjuguem com outras medidas objetivas para avaliar a cognição, no âmbito do florescimento, bem como de IP junto da população sénior e que conjuguem as IC e BE, especialmente no que se refere às que promovem, simultaneamente, a dimensão social e cognitiva. Além disso, não tendo sido encontrada na literatura menção a nenhuma investigação que incida simultaneamente nestas variáveis, através de uma dinâmica

inter pares, procurando fomentar uma sinergia entre seniores mais jovens e autónomos com outros mais velhos com maiores limitações, pertencentes à mesma comunidade, justifica-se a criação de um programa e o seu respetivo estudo, na medida em que o mesmo procura intervir de uma forma inovadora no âmbito do BE, das capacidades cognitivas e na dimensão social dos seniores, as quais correspondem também a alguns dos principais determinantes (pessoais e sociais) e pilares do EA (saúde e participação), refletindo também a noção ampla de atividade inclusiva presente neste conceito e o seu propósito de potenciar um BE biopsicossocial, devido à sua associação ao conceito amplo de saúde (Abdullah & Wollbring, 2013; da Fonte et al., 2017; de São José & Teixeira, 2014; Fernandez-Ballesteros, 2017; Loureiro & Miranda, 2016; Paúl et al., 2012; Walker, 2015; Walker & Zaidi, 2016; WHO, 2002; 2015; 2017; World Health Organization Regional Office for Europe, 2012a; 2012b). Acresce que a realização deste estudo encontra também suporte pois, apesar do EA ter vindo a ser cada vez mais difundido (Bülow & Söderqvist, 2014; Fernández-Ballesteros et al., 2013; Walker & Maltby, 2012; SNS, 2017), devido ao crescente envelhecimento populacional (e.g. INE, 2012; 2017; UN, 2017<sup>a</sup>; WHO, 2015), ainda se nota a necessidade de intervenções comunitárias no seu âmbito que confluem simultaneamente estes aspetos (BE, cognição e dimensão social) essenciais para um envelhecimento com QV (Bárrios & Fernandes, 2014; Menichetti et al., 2016).

### **1.7. O Presente Estudo: Pertinência e Objectivos**

O presente estudo teve como objetivo geral analisar e testar os efeitos de formas inovadoras de envolver seniores autónomos num papel social integrado e ativo, desenvolvendo atividades de intervenção com a finalidade de apoiar e estimular outros seniores (e.g. mais velhos, com problemas de autonomia ou défices cognitivos) – para a promoção do BE de ambos os grupos.

Este estudo teve como objetivos específicos: (a) desenhar um programa de intervenção para: 1) promover o BES e florescimento de seniores chamados a ser agentes de uma intervenção em EC e TC em outro grupo de seniores com necessidades de melhorar o desempenho cognitivo; 2) promover simultaneamente o BES destes últimos; (b) analisar os efeitos deste programa (método experimental), no BES dos seniores agentes e alvo da intervenção, bem como no florescimento dos seniores agentes e no funcionamento cognitivo dos seniores alvo; (c) recolher dados qualitativos sobre a experiência de participação e sobre o programa de intervenção (vantagens/desvantagens pessoais; aspetos positivos/negativos do programa de intervenção; sugestões de melhoria); (d) verificar se os efeitos da intervenção no BES e florescimento dos seniores agentes, bem como no BES e a nível do funcionamento cognitivo dos seniores alvo tendem a perdurar no tempo, através de uma medida de *follow-up*.

## Parte II – Método

### 2.1. Questões de Investigação

Os propósitos que regem este estudo, mencionados anteriormente, podem traduzir-se na seguinte questão geral: Será que este tipo de programa de intervenção é adequado para a promoção do BES dos seniores e simultaneamente é eficaz para as dificuldades cognitivas que, habitualmente, este tipo de população apresenta? Esta, por sua vez, pode ser desdobrada em questões mais específicas: Quais as vantagens e desvantagens do programa de intervenção percebidas pelos participantes agentes e alvos? Quais os aspetos positivos e negativos do programa de intervenção identificados pelos participantes agentes e alvos?

### 2.2. Hipóteses

H1: A participação dos seniores, enquanto agentes, na atividade de estimulação/treino, tem um impacto positivo no seu BE, comparativamente aos que não realizaram a mesma função, ou seja: H1A – aumenta o afeto positivo; H1B – diminui o afeto negativo; H1C – aumenta o nível de satisfação com a vida; H1D – aumenta o florescimento.

H2: Os seniores agentes da intervenção mantêm o impacto positivo no seu BE no *follow-up*, da mesma forma que os que não participaram da intervenção continuam com os mesmos níveis de BE, ou seja: H2A – mantêm o afeto positivo; H2B – mantêm o afeto negativo; H2C – mantêm o nível de satisfação com a vida; H2D – mantêm o florescimento.

H3: A participação dos seniores na atividade de estimulação/treino cognitivo, enquanto alvos, tem um impacto positivo no seu BES, comparativamente aos que não foram objeto de intervenção, ou seja: H3A – aumenta o afeto positivo; H3B – diminui o afeto negativo; H3C – aumenta o nível de satisfação com a vida.

H4: Os seniores alvo da intervenção mantêm o impacto positivo no seu BES no *follow-up*, da mesma forma que os que não sofreram intervenção continuam com os mesmos níveis de BES, ou seja: H4A – mantêm o afeto positivo; H4B – mantêm o afeto negativo; H4C – mantêm o nível de satisfação com a vida.

H5: Os seniores alvo apresentam um melhor funcionamento cognitivo no final da intervenção, comparativamente ao período pré-intervenção e aos seniores que não sofreram intervenção.

H6: Os seniores alvo demonstram um decréscimo no funcionamento cognitivo na ausência da intervenção, comparativamente ao período pós-intervenção e uma aproximação daqueles que

não foram objeto da intervenção que, por sua vez, não sentiram grandes oscilações ao longo do tempo.

H7: A percepção dos seniores agentes, relativamente ao desempenho dos seniores alvo, é concordante com os resultados do instrumento escolhido para avaliar a cognição destes.

H8: A percepção dos seniores alvo é concordante com os resultados do instrumento escolhido para avaliar a sua cognição.

H9: A percepção dos efeitos da intervenção a nível cognitivo é concordante entre os seniores agentes que realizaram a intervenção e os seniores alvo que foram objeto da mesma.

### **2.3. Delineamento do Estudo**

O desenho ou plano de investigação deste estudo permite classificá-lo como experimental, longitudinal, prospetivo e empírico. De seguida, será feita uma explicação de cada uma destas vertentes tendo em conta os objetivos e hipóteses.

Quanto à natureza da investigação, este estudo seguiu um desenho experimental na medida em que se procurou estudar uma relação de causalidade entre a participação num programa de EC/TC e os efeitos a nível do BES, do florescimento e do funcionamento cognitivo (variáveis dependentes – VD), através da manipulação de variáveis independentes (VI), nomeadamente a formação e as sessões de EC/TC, com o máximo rigor e controlo. Para tal, procurou-se definir as condições experimentais de forma a minimizar a interferência de possíveis variáveis confundentes que pudessem criar viés (Erdfelder & Musch, 2006; Kumar, 2014; Pais-Ribeiro, 2010; Shaughnessy, Zechmeister, & Zechmeister, 2009). Primeiramente, foi realizada uma distribuição aleatória, de proporção equivalente, em cada uma das duas amostras [uma de participantes agentes (P/Agentes) e outra de participantes alvo (P/Alvo) da intervenção] num GE e num GC, dando oportunidade igual a cada participante de poder recair num dos respetivos grupos. Este procedimento visou possibilitar a comparação entre os grupos de cada amostra, uma vez que os participantes do GC apresentavam as mesmas características dos participantes do GE (Erdfelder & Musch, 2006; Kumar, 2014; Pais-Ribeiro, 2010; Shaughnessy et al., 2009).

Em segundo lugar, foram seguidos vários procedimentos uniformes<sup>22</sup> para a formação teórico-prática, para as sessões de intervenção e para os momentos de aplicação dos instrumentos de medida. Ao nível da formação, todos os P/Agentes do GE tiveram o mesmo formador, acesso aos mesmos conteúdos e aos mesmos materiais para a realização dos *role-*

---

<sup>22</sup> Estes procedimentos serão explicitados em pormenor no capítulo do procedimento (Erdfelder & Musch, 2006).

*plays*. Ao nível das sessões de intervenção que decorreram nos CD, todos os participantes do GE de ambas as amostras realizaram os mesmos exercícios e tarefas, seguindo o plano de sessões estipulado e tiveram apoio e supervisão da equipa de Psicologia que, por sua vez, também seguiu um padrão uniforme na sua intervenção. Além disso, as sessões decorreram nos mesmos horários e em espaços preparados, de forma a controlar as condições ambientais. No que diz respeito à aplicação dos instrumentos de medida, todos os participantes seguiram a mesma sequência de aplicação e responderam aos protocolos no mesmo espaço temporal previamente estabelecido. De facto, o enfoque na relação causal entre as VI sobre as VD e todos os procedimentos supramencionados imprimem um cunho experimental a este estudo (Erdfelder & Musch, 2006; Kumar, 2014; Pais-Ribeiro, 2010; Shaughnessy et al., 2009).

No que se refere ao horizonte temporal e ao número de contactos com as amostras estudadas, o desenho de estudo adotado é de tipo evolutivo e longitudinal. Se por um lado, este tipo de desenho se adequa ao objetivo de analisar se existem mudanças com a intervenção e o impacto da eficácia do programa de EC/TC, através da comparação entre as variáveis de estudo antes e após a intervenção, por outro lado, também se adequa ao escopo de verificar se os efeitos desta tendem a perdurar no tempo, de forma a procurar estabelecer o padrão da extensão das mudanças alcançadas. Nessa medida, foram estabelecidos três momentos de medição: um antes da intervenção, outro logo após a mesma e um último de *follow-up*. Para garantir a objetividade no que concerne ao estudo de uma tendência dos resultados da intervenção, estes três momentos foram estipulados respeitando um intervalo de tempo suficientemente distante entre si, o qual visou evitar o enviesamento de dados, devido a possíveis efeitos de aprendizagem por parte dos participantes, respeitando os prazos que os instrumentos recomendam (Kumar, 2014).

Tendo em conta o período de referência, trata-se de um estudo prospetivo, visto que se procura estabelecer o impacto que a intervenção terá nas VD. Assim, é um estudo que visa determinar a provável prevalência dos resultados e o que se irá suceder numa perspetiva futura, comparando as medições antes e após a intervenção no GE das amostras que estão expostas a esse fenómeno (Kumar, 2014; Pais-Ribeiro, 2010).

Tendo em conta os objetivos e as hipóteses do presente estudo, o delineamento segue os pressupostos da *investigação aplicada*, dado que procura centrar a aplicabilidade do mesmo em problemas e pessoas reais e não apenas na aceitação ou rejeição de questões teóricas ou empíricas em abstrato (Pais-Ribeiro, 2010). Além disso, quanto ao método de estudo e recolha de dados, recorre a técnicas quantitativas e qualitativas, na medida que utiliza simultaneamente medidas e uma metodologia padronizadas (escalas e teste de rastreio cognitivo), bem como um questionário sobre a experiência e o programa de intervenção, que permite uma análise em

profundidade das diferentes percepções sobre as vivências e perspetivas dos participantes acerca da estrutura e impacto do mesmo, que não podem ser integradas em categorias prévias e restritas a uma expressão numérica e objetiva (Hill & Hill, 2009, p. 94). A integração de ambas as estratégias e técnicas de investigação confere um desenho de metodologia mista (quantitativa e qualitativa) que possibilita uma análise dos objetivos e hipóteses que, em si, não se coadunam com a adoção de um estudo baseado apenas num paradigma positivista ou fenomenológico. Assim, a opção de incluir técnicas diferentes vai ao encontro da visão que alguns autores defendem que ambos os métodos não são mutuamente exclusivos e que um desenho de estudo que integre técnicas de recolha e análise mista permite dar resposta a diferentes questões, oferecendo uma visão mais abrangente quando se procura não só compreender a variabilidade e diversidade de certos fenómenos, mas também a extensão dessas realidades. Acresce que parte da recolha de dados qualitativa foi codificada e analisada em termos quantitativos, procurando complementar a análise quantitativa e enriquecer o estudo proposto (Kumar, 2014; Lee citado por D' Oliveira, 2007; Paton, citado por Pais-Ribeiro, 2010). O desenho de estudo, tal como explicado anteriormente, pode ser representado graficamente da seguinte forma:

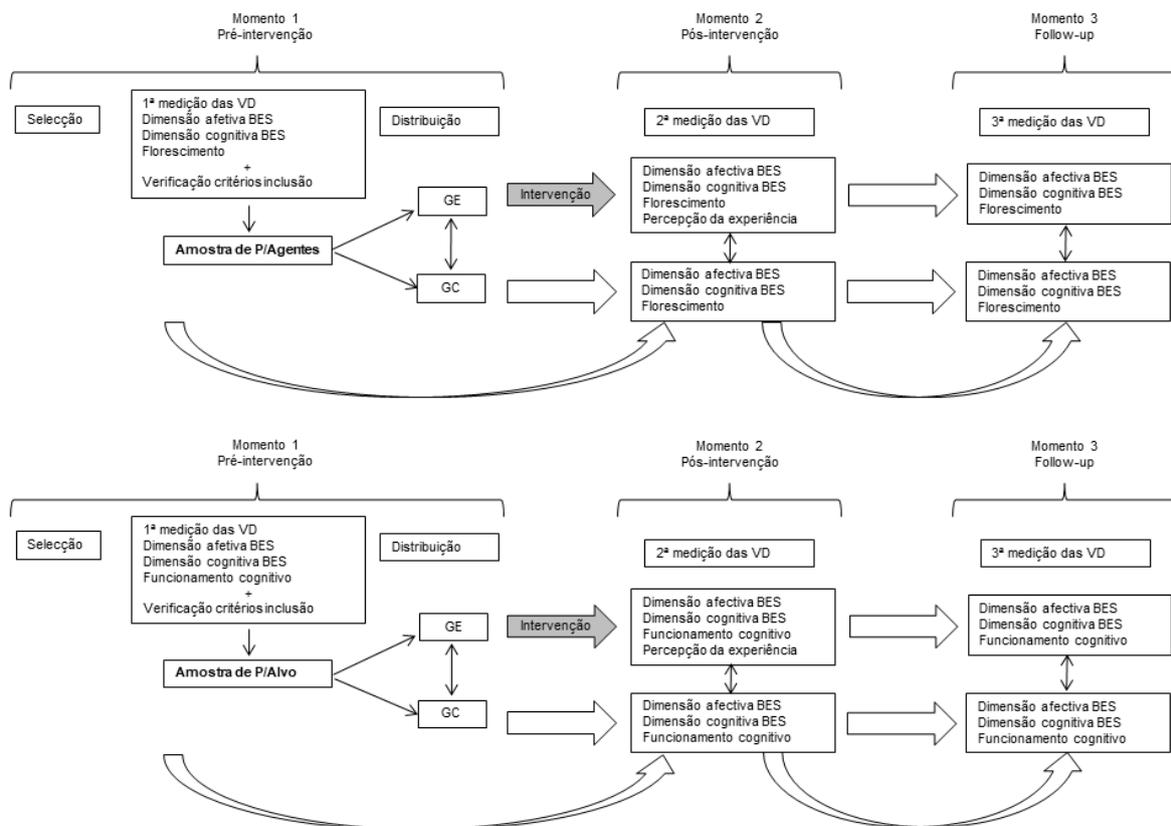


Figura 1 - Desenho de investigação: VI – Variáveis Independentes; VD – Variáveis Dependentes; P/Agentes – Participantes Agentes; P/Alvo – Participantes Alvo; GE – Grupo Experimental; e GC – Grupo de Controlo. Setas retas: interligam os grupos GE e GC e as medições das VD dentro de cada momento, representam a comparação inter-grupos de cada amostra; setas curvas: representam as comparações intra grupos entre momentos.

Neste desenho, observa-se os três momentos, coincidentes com a aplicação dos protocolos:

Momento 1 – pré intervenção, engloba cinco fases: 1) recrutamento, que culmina na seleção dos possíveis participantes; 2) primeira recolha das VD e verificação dos critérios de inclusão; 3) seleção final e constituição das amostras; 4) distribuição aleatória nos grupos; 5) constituição dos pares entre os elementos dos GE de ambas as amostras (P/Agentes – P/Alvo).

Intervenção: Intervenção do GE em simultâneo com o período sem intervenção para os participantes dos GC;

Momento 2 – pós intervenção: segunda aplicação do protocolo, com o intuito de analisar a evolução entre os momentos no GE, comparar os grupos GE e GC para testar a eficácia do programa de intervenção e analisar as perceções dos participantes dos GE;

Período sem intervenção: tanto para os GE como para os GC de cada uma das amostras;

Momento 3 – *follow-up*: terceira aplicação do protocolo, com o objetivo de verificar a durabilidade do efeito da intervenção nos GE.

#### **2.4. Variáveis em Estudo**

Partindo da revisão da literatura, dos objetivos e das hipóteses, o desenho de investigação implicou o estabelecimento de três tipos de variáveis para cada uma das amostras: as VI e VD e, ainda, as variáveis sociodemográficas e de saúde. Deste modo, pode dizer-se que o plano de fundo deste estudo é conhecer o efeito das VI sobre as VD, e como estas últimas se relacionam com as características sociodemográficas e de saúde das amostras. Quanto à sua definição conceptual, esta será explicada detalhadamente ao longo do capítulo Instrumentos.

No GE da amostra de P/Agentes, as VI, as VD e as respetivas operacionalizações foram as seguintes:

VI – Formação Teórico-Prática: a operacionalização consistiu na exposição dos módulos teóricos e na realização dos exercícios de *role-play*.

VI – Participação nas sessões de intervenção: a operacionalização deu-se através do plano de sessões para as tarefas e exercícios, cópias do manual de exercícios cognitivos, material estacionário, realização do plano conjuntamente com o P/Alvo e supervisão da equipa de Psicologia.

VD – Dimensão afetiva do BES: foi medida pelos itens da PANAS.

VD – Dimensão Cognitiva do BES: foi operacionalizada através dos itens da SWLS.

VD – Florescimento: foi medido através dos itens da FS.

VD – Experiência sobre a participação e sobre o programa de intervenção: foi operacionalizada pela análise quantitativa, categorial temática (Bardin, 2014), das respostas às

perguntas do Questionário sobre a experiência da participação e sobre o próprio programa de intervenção (QEP) criado pelo autor, como por exemplo: “Que vantagens sentiu em participar?”; “Que desvantagens sentiu?”; “Na sua opinião, pela forma como o programa está estruturado, quais são os aspetos positivos do programa?”; “Na sua opinião, pela forma como o programa está estruturado, quais são os aspetos negativos do programa?”; “De modo a contribuir para o próximo programa de intervenção... que aspetos melhoraria este programa?”.

Quanto ao GC dos P/Agentes, apenas a VD – Experiência sobre a participação e sobre o programa de intervenção – não foi aplicada, uma vez que não participaram no programa de intervenção.

No que concerne aos P/Alvo, o conjunto de variáveis e as respetivas operacionalizações seguiu o mesmo esquema apresentado para os P/Agentes, à exceção de dois casos:

- i) Em primeiro lugar, estes participantes, enquanto alvos da intervenção, não tiveram a formação teórico-prática e, por isso, tiveram apenas em comum a VI – Participação nas sessões de intervenção.
- ii) Em segundo lugar, em vez da VD – Florescimento, tiveram a VD – Funcionamento cognitivo, que foi medido através do *score* global resultante dos itens do teste de rastreio cognitivo MoCA. Esta diferença teve lugar devido ao papel que cada amostra desempenhava no programa de intervenção.

Por fim, analogamente aos P/Agentes, ao GC dos P/Alvo, apenas a VD – Experiência sobre a participação e sobre o programa de intervenção – não foi aplicada, dado que os participantes deste grupo não sofreram qualquer intervenção.

Relativamente às variáveis sociodemográficas e de saúde, estas foram recolhidas pelas perguntas do questionário sociodemográfico (Anexo C) e seguiram o seguinte esquema de operacionalização comum a ambas as amostras:

- i) Idade: avaliada em anos de vida.
- ii) Género: feminino ou masculino.
- iii) Estado civil: foram consideradas as categorias “solteiro”, “casado(a)/união de facto”, “divorciado(a)/separado(a)”, e “viúvo(a)”.
- iv) Habilitações literárias: foram consideradas as categorias “1º ciclo”, “2º ciclo”, “3º ciclo”, “secundário”, “bacharelato”, “licenciatura”, “mestrado ou superior”.
- v) Atividade profissional prévia: foi avaliada pela referência da profissão prévia.
- vi) Vive sozinho(a): sim ou não.
- vii) Coabitação: medida pela questão “Se respondeu que não, com quem vive”, tendo sido criadas as categorias “familiar(es)”, “amigo(s)”, “empregado(s)”.

- viii) Saudável: sim ou não.
- ix) Doenças: avaliada pela questão “Se não, refira a(s) doença(s).
- x) Ocupação atual: referência da atividade presente.

No caso da amostra dos P/Alvo foram ainda adicionadas duas questões sociodemográficas, relativas à frequência do centro de dia, nomeadamente:

- i) Número de dias da semana de frequência do CD: medida pela referência do número de dias.
- ii) Regime horário de frequência do centro de dia: avaliada pela pergunta “Nos dias em que vai ao centro de dia permanece:”, tendo sido criadas as categorias “durante a(s) manhã(s)”, “durante a(s) tarde(s)” e “todo o dia”.

## **2.5. População**

### **2.5.1 Caracterização dos locais da intervenção.**

Para uma melhor caracterização dos participantes que constituíram as duas amostras, convém fazer uma referência às instituições a que os mesmos pertencem, até porque várias ações e dinâmicas do estudo decorreram em diferentes espaços das mesmas. Os P/Agentes provêm de três US e os P/Alvo são provenientes de seis IPSS com regime de CD e serviço de apoio domiciliário. Duas destas instituições também funcionam em parte com regime de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), mas o estudo decorreu nos CD destas instituições, e os poucos participantes que estavam no regime de lar também frequentavam os mesmos. Estes dois grupos de instituições, US e CD, situam-se na mesma circunscrição administrativa, funcionam durante todos os dias úteis e foram escolhidos por conveniência, com base em critérios de tempo, proximidade e de custos, inclusive, para facilitar a participação dos P/Agentes que, enquanto voluntários, tiveram de autocustear as suas deslocações aos CD. Todas as instituições<sup>23</sup> (Anexo A) envolvidas no estudo deram anuência para serem mencionadas (Anexo B), sabendo que a sua referência não iria pôr em causa a confidencialidade e anonimato dos dados dos participantes delas provenientes, uma vez que, como se verá no procedimento, foram tomadas medidas específicas para esse efeito. Contudo, ao longo do texto tanto as US como os CD serão designados por siglas que indicam a sua natureza acompanhados da atribuição de um número para as distinguir (e.g. US1, US2).

---

<sup>23</sup> A contextualização destas instituições é importante para o conhecimento dos participantes que constituem as amostras, no entanto, não releva diretamente para o entendimento dos resultados obtidos. Por esse motivo, a descrição detalhada das instituições de proveniência das amostras foi remetida para o Anexo A.

### **2.5.2. Critérios de inclusão dos participantes.**

Conforme referido anteriormente, as duas amostras foram constituídas por alunos das US e por utentes dos CD que aceitaram colaborar. Para além de fazer parte destas instituições, apresentarem disponibilidade para o estudo, todos deviam cumprir uma série de requisitos.

Desta forma, os P/Agentes provenientes das US deviam: ter uma idade igual ou superior a 60 anos; manter autonomia nas atividades de vida diária; apresentar ausência de défices motores, visuais e auditivos que pudessem interferir com a realização das tarefas e atividades previstas; e, ainda, ausência de patologia psiquiátrica ou neurológica que de igual modo pudesse interferir não só com a execução das mesmas, mas também que pudesse prejudicar a interação com os futuros P/Alvo, dado tratar-se de possíveis voluntários do programa de intervenção. Além disso, os P/Agentes tinham que cumprir outro critério, o de ter pelo menos o segundo ciclo de estudos.<sup>24</sup> Para garantir o cumprimento destes requisitos, o investigador e a restante equipa de Psicologia procederam à verificação destes critérios através do questionário sociodemográfico (Anexo C).

No que se refere aos P/Alvo, estes também foram recrutados com base no cumprimento de alguns critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; capacidade de leitura e de escrita; ausência de défices motores, visuais e auditivos que impossibilitassem a execução das tarefas e atividades estipuladas; ainda, ausência de patologia psiquiátrica, neurológica e/ou sistémica crónica que pudesse ter impacto na cognição e sociabilidade, isto é, que pudesse interferir não só com a execução das atividades, mas que pudesse também prejudicar a interação com os P/Agentes. Para garantir que estas condições estivessem reunidas, o investigador solicitou aos CD uma pré-seleção com base nos registos periódicos que os mesmos possuíam. Assim, foram apenas contactados para o estudo os utentes sinalizados pelas direções dos CD como “aptos” para ser candidatos ao mesmo. Além disso, posteriormente a esta pré-seleção, também foi realizada uma verificação destes requisitos através do questionário sociodemográfico (Anexo C). Os P/Alvo tiveram um critério de inclusão acrescido de elegibilidade, que foi a pontuação global alcançada no teste de rastreio MoCA, selecionado para avaliar o funcionamento cognitivo. A condição para poder fazer parte do estudo consistia na obtenção de um resultado neste teste de rastreio que traduzisse a presença de prejuízos cognitivos ligeiros no âmbito, quer de DCL, quer de estados demenciais iniciais. A pontuação global determinada para integrar os participantes tinha que se situar entre o 14 e o 22. A escolha deste critério de pontuação procurou seguir o valor médio com o respetivo desvio padrão, encontrado para o grupo com

---

<sup>24</sup> A maior exigência desta última condição, comparativamente aos P/Alvo, deve-se ao facto de que os P/Agentes eram chamados a ter um papel mais interventivo e de auxílio na realização das tarefas pedidas ao longo das sessões para cada par (P/Agentes – P/Alvo).

DCL por Freitas, Simões e Santana (2014). Ainda que o valor médio mínimo ( $\geq 14$ ) já se sobrepusesse aos valores de corte ( $< 17$ ) estabelecido para alguns tipos mais frequentes de demência, este valor base de referência ( $\geq 14$ ) também não se imiscuía com valores mais baixos, que traduzem estados mais severos de prejuízo cognitivo, próprios de estádios mais avançados de demência e não se compara aos valores médios encontrados em Portugal para a DA, DFT, DV. Por outro lado, o valor médio máximo ( $< 22$ ) garante o respeito pelo ponto de corte para o DCL (Freitas, Simões et al., 2014; MoCA, 2017).

### **2.5.3. Caracterização das amostras.**

Para a realização deste estudo, foram recolhidas duas amostras: amostra de participantes agentes da intervenção (P/Agentes); e amostra de participantes alvo da intervenção (P/Alvo). A amostra de P/Agentes foi composta por 74 seniores selecionados por conveniência, provenientes de três US que se disponibilizaram para participar enquanto voluntários no papel de agentes do programa de intervenção. A amostra de P/Alvo foi constituída também por 74 seniores provenientes de seis CD para idosos da mesma área geográfica, selecionados por conveniência e em função dos prejuízos que apresentassem no desempenho cognitivo, perante o teste de rastreio selecionado, conforme foi explicado nos critérios de inclusão do estudo. Apesar de se tratar de amostras de conveniência, cada uma delas foi dividida aleatoriamente por sorteio em dois grupos de igual dimensão: GE e GC.<sup>25</sup>

Quanto ao GE dos P/Agentes, este foi constituído por 38 participantes dos quais 26.3% (N = 10) eram do género masculino e 73.7% (N = 28) eram do género feminino. Apresentava uma média (*M*) e um desvio padrão (*DP*) de idades de  $68.53 \pm 4.88$  anos, variando entre os 60 e os 82 anos. No que se refere ao estado civil, as duas categorias que tiveram maior expressão foram os casados(as)/união de facto (42.1%, N = 16) e os viúvos(as) (26.3%, N = 10). A maior parte possuía o grau de licenciatura (44.7%, N = 17), seguindo-se quem concluíra o ensino secundário (28.9%, N = 11).<sup>26</sup> Relativamente à atividade profissional prévia, as profissões mais referidas foram professores (31.6%, N = 12), funcionário(a) público(a) (10.5%, N = 4) e administrativo(a) (10.5%, N = 4). No que respeita à coabitação, 60% (N = 21) referiu que não vivia só; e, destes, todos afirmaram viver com familiares (100%, N = 21) (Tabelas D1 e D2). Quanto ao estado de saúde, a maioria afirmou ser saudável (60.5%, N = 23) e dos que referiram não o ser, a maioria mencionou apenas ter uma doença secundária (80%, N = 12). Quanto às

---

<sup>25</sup> As principais características de ambas as amostras em estudo foram acedidas através de um questionário integrado no protocolo que incluiu questões para averiguar diferentes variáveis sociodemográficas e de saúde (Anexo C) e as tabelas a elas referentes e que sustentam o texto que se segue encontram-se explanadas no Anexo D.

<sup>26</sup> De referir que nenhum P/Agente do GE possuía somente o 1º ou 2º ciclo de escolaridade, conforme explicado nos critérios de inclusão.

doenças mais referidas por aqueles que alegaram ter problemas de saúde, estas foram: artrose, doença cardiovascular e hipotiroidismo, todas com a mesma proporção (16.6%, N = 3) (Tabela D3). Para além da frequência das US, foi mencionada como principal ocupação atual o estar aposentado(a) (52.6%, N = 20) (Tabela D4).

Relativamente aos 36 P/Agentes que constituem o GC, estes tinham idades compreendidas entre os 61 e 81 anos, com uma média e um desvio padrão de  $70.17 \pm 5.27$  anos. A maioria (72.2%, N = 26) era do género feminino e a maior parte era casado(a)/união de facto (44.4%, N = 16) e possuía o grau de licenciatura (38.9%, N = 14), sendo seguidos por quem possuía o grau de ensino secundário (33.3%, N = 12). À semelhança do GE, também o GC não apresentou ninguém com o 1º ou 2º ciclo de escolaridade. Quanto à atividade profissional prévia, as que se destacaram neste grupo foram: funcionário(a) público(a) (19.4%, N = 7) e professor(a) (13.9%, N = 5). A maioria (54.5%, N = 18) referiu não viver só, coabitando com familiares (100%, N = 18) (Tabelas D1 e D2). Apenas 33.3% (N = 12) afirmou que não era saudável e destes a maioria referiu ter somente uma doença secundária (83.3%, N = 10), apontando como as principais causas para a falta de saúde a doença oncológica em remissão e hipertensão arterial, ambas com a mesma expressão (21.4%, N = 3) (Tabela D3). Como ocupação atual, para além da frequência das US, a maior parte referiu estar aposentado(a) (41.8%, N = 15) (Tabela D4).

Tendo em conta as variáveis sociodemográficas entre o GE e GC não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas na idade dos P/Agentes ( $t_{72} = -1.390$ ,  $p = .169$ ), (Tabelas D5 e D6); não existiu associação significativa com o género ( $\chi^2_1 = 0.020$ ,  $p = .887$ ); nem com o estado civil ( $p = .789$ , I.C.<sub>.95%</sub> = [.781, .797]); nem com as habilitações literárias ( $p = .740$ , I.C.<sub>.95%</sub> = [.731, .748]) (Tabela D7). Estes resultados apontam para uma homogeneidade entre os dois grupos dos P/Agentes em termos sociodemográficos.

Quanto ao GE da amostra de P/Alvo, este é constituído por 38 indivíduos, dos quais 81.6% (N = 31) eram do género feminino e 18.4% (N = 7) eram do género masculino. Este grupo apresentou uma média de idades e um desvio padrão de  $79.66 \pm 8.43$  anos variando entre os 60 e os 93 anos. A maioria dos participantes (60.5%, N = 23) era viúvo(a) e a maior parte (47.4%, N = 18) tinha o 1º ciclo, logo seguidos de quem possuía o 3º ciclo (21.1%, N = 8). Relativamente à atividade profissional prévia, as profissões mais referidas foram costureiro(a) (13.2%, N = 5) e doméstico(a) (10.5%, N = 4). A maioria referiu que não vivia sozinho(a) (57.6%, N = 19). Dos que afirmaram não viver sozinhos a maioria (52.6%, N = 10) referiu viver com familiares (Tabelas D8 e D9). A generalidade (68.4%, N = 26) mencionou não ser saudável sendo que de entre estes a maioria afirmou ter apenas uma doença secundária (5.7%, N = 15). Quanto às

doenças mais referidas, estas foram: a doença cardiovascular e o AVC, ambas com a mesma proporção (15.4%, N = 6), seguidas da hipertensão arterial (12.8%, N = 5) (Tabela D10). No que diz respeito à ocupação atual, a maioria (97.4%, N = 37) referiu que apenas frequentava o CD. Quanto à frequência semanal destas instituições, esta variou entre dois e cinco dias, no entanto, verificou-se que quase a totalidade dos participantes do GE desta amostra (90.9%, N = 30) frequentavam os CD nos cinco dias úteis da semana. Além disso, a generalidade do GE dos P/Alvo permanecia neles durante todo o dia (84.8%, N = 28) (Tabela D11).

Relativamente aos 36 P/Alvo que constituem o GC, estes tinham idades compreendidas entre os 61 e 94 anos, com uma média e um desvio padrão de  $82.53 \pm 7.96$  anos. A maioria (86.1%, N = 31) era do género feminino, era viúvo(a) (63.9%, N = 23) e possuía unicamente o 1º ciclo de escolaridade (63.9%, N = 23). Quanto à atividade profissional prévia, 19.4% (N = 7) referiu ser doméstico(a) e 16.7% (N = 6) ser funcionário(a) público(a). A maioria referiu que não vivia sozinho (51.4%, N = 18), coabitando com familiares (77.8%, N = 14) (Tabelas D8 e D9). Relativamente ao estado de saúde, a generalidade (66.7%, N = 24) afirmou que não era saudável e dos que referiram não o ser, mais de metade mencionou apenas ter uma doença secundária (79.2%, N = 19), apontando como as principais causas para a falta de saúde a doença cardiovascular (24.1%, N = 7), AVC, doença oncológica em remissão e hipertensão arterial, todas com uma expressão de 24.1 % (N = 3) (Tabela D10). A maior parte dos participantes do GC dos P/Alvo (88.9%, N = 32) apenas frequentava o CD como ocupação atual. No que diz respeito à frequência semanal, também neste grupo esta variou entre dois e cinco dias. À semelhança do que ocorreu no GE, mais de metade (74.3%, N = 26) afirmou que frequentava os CD todos os dias úteis da semana e permanecia (77.1%, N = 27) durante todo o dia nos respetivos CD (Tabela D11).

Uma vez mais, considerando as variáveis sociodemográficas entre o GE e GC dos P/Alvo, não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas na idade ( $U = 551$ ,  $p = .149$ , Tabelas D12 e D13); não existiu associação significativa com o género ( $\chi^2_1 = 0.279$ ,  $p = .597$ ); nem com o estado civil ( $p = .769$ , I.C.<sub>95%</sub> = [.761, .778]); nem com as habilitações literárias ( $p = .717$ , I.C.<sub>95%</sub> = [.708, .726]) (Tabela D14). Estes resultados indicam que os dois grupos dos P/Alvo foram equivalentes em termos sociodemográficos.

Assim, a homogeneidade deste tipo de variáveis encontrada neste estudo, a nível do GE e do GC, tanto dos P/Agentes, como dos P/Alvo, permite a comparação dos instrumentos sem haver o peso da interferência destas variáveis.

### ***2.5.3.1. Variabilidade do número de participantes nos diferentes momentos do estudo.***

Como é sabido e acontece na maior parte dos estudos experimentais ou que envolvam diferentes momentos de contacto, as amostras tendem a sofrer alterações ao longo da realização dos mesmos. Quando se trata de investigações, como é o caso desta, que incidem sobre a população sénior, o risco de morte experimental que leva a essas alterações aumenta exponencialmente, devido às características inerentes aos participantes (e.g. saúde mais frágil) (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith, 2010; Kumar, 2014; Pais-Ribeiro, 2010).

Apesar de essa realidade fazer parte da natureza deste estudo, ao longo de todos os seus três momentos e das distintas fases neles integrantes (Figura 1 e respetiva explicação), o presente capítulo destina-se a fazer alusão, somente, às oscilações verificadas a partir de uma etapa mais específica do estudo, que engloba as últimas duas fases do momento 1 – pré intervenção e o período de intervenção, onde as alterações já relevam para os objetivos e hipóteses estabelecidos. Ou seja, às alterações do número de participantes a partir da etapa em que já ocorrera a distribuição aleatória de ambas as amostras, a constituição final dos pares (GE dos P/Agentes e dos P/Alvo) e o início da primeira sessão de intervenção já havia tido lugar. Todas estas variabilidades respeitantes ao número de elementos nos grupos (GE e GC) dos P/Agentes e dos P/Alvo, que se encontram explanadas na Tabela E1 (Anexo E), tiveram por base três ordens de razão: as regras de funcionamento do programa, os objetivos propostos para o estudo e a interligação entre estes dois fatores.<sup>27</sup>

Relativamente às regras de funcionamento do programa, apesar da sua explicação em maior detalhe ter lugar no subcapítulo dos Instrumentos – Programa de Intervenção, convém aqui enunciar e explicar de forma sucinta aquelas que mais diretamente estiveram por detrás de alguns casos de oscilação do número de participantes. Assim, estas regras são aqui referidas juntamente com a explicação da sua influência nessa variabilidade.

Em primeiro lugar, qualquer participante de ambos os grupos que desejasse ou não pudesse prosseguir o estudo poderia abandoná-lo a qualquer momento livremente (APA, 2010). Para além destes fatores (que maioritariamente foram a causa das desistências), também sucederam óbitos como causa das oscilações do número de participantes. Em segundo lugar, houve uma regra do programa, criada especificamente para o funcionamento dos pares constituídos entre os elementos dos GE das duas amostras, a qual teve um peso muito importante nas oscilações (intragrupos) decorridas em ambos os GE do M1 para o M2 do estudo e que também explica a

---

<sup>27</sup> Toda a explicação detalhada sobre quais foram os casos que levaram à variabilidade em cada grupo dos P/Agentes e P/Alvo, encontra-se no Anexo E. Além disso, de forma a facilitar a leitura, os momentos do estudo serão doravante abreviados da seguinte maneira: momento 1 – pré intervenção (M1 ou pré-intervenção); momento 2 – pós-intervenção (M2 ou pós-intervenção); e momento 3 – *follow-up* (M3 ou *follow-up*).

diferença de números entre os mesmos (intergrupos) aquando da segunda aplicação do protocolo (35 P/Agentes *versus* 33 P/Alvo; Tabela E1). Esta regra, que consistiu na obrigatoriedade da manutenção dos pares (P/Agentes – P/Alvo dos GE) até à conclusão das sessões de intervenção, não pode deixar de ser entendida sem ter em conta um dos principais objetivos do estudo que é verificar os efeitos do programa, comparando os GE com os respetivos GC. A aplicação desta regra levou a uma redução dos GE de ambas as amostras entre o M1 e o M2, conforme se pode ver na Tabela E1. Esta exigência visou possibilitar a medição das variáveis em estudo atendendo a esse objetivo, a qual, no segundo momento, dependia da realização e experiência conjunta das sessões previstas, por parte dos elementos de cada par. Desta forma, na eventualidade do abandono de um elemento do par (P/Agente – P/Alvo), automaticamente o outro era retirado do estudo, por ficar impossibilitado de usufruir da dinâmica emergente da interação entre os elementos do par na realização das sessões.

Por outro lado, ao contrário do que acaba de ser exposto, caso o par já tivesse concluído todas sessões em conjunto e um dos elementos viesse a abandonar, posteriormente, o estudo, o outro elemento que desejasse permanecer era mantido no mesmo para ser avaliado. Este procedimento adotado, que influenciou a diferença de número entre os GE das duas amostras na segunda medição do M2, justifica-se pelo facto de que o participante que permanecia já concluía o programa, cumprindo assim os requisitos e objetivos da segunda medição das variáveis, uma vez que esta tinha por base a experiência conjunta já finalizada. A aplicabilidade desta regra do programa permite assim, a compreensão da diferença que se verificou entre os GE das duas amostras na segunda medição (Tabela E1), na medida em que salvaguardou duas situações em que os P/Agentes continuaram a fazer parte do estudo, ainda que os respetivos pares (P/Alvo) tivessem ficado impedidos de ser avaliados na segunda aplicação dos instrumentos, por motivos de saúde. Convém ainda referir que as oscilações que ocorreram entre o M2 e o M3, verificadas na última medição das VD nada tiveram que ver com a coexistência dos elementos dos pares supramencionados, uma vez que esta tinha como finalidade a avaliação da durabilidade dos efeitos da intervenção já anteriormente concluída pelos GE, ou seja, ela incidiu diretamente nos indivíduos *per se*.

No que concerne à variabilidade dos participantes que constituíram os GC das duas amostras, esta apenas se deveu a situações de desistência, impedimento ou morte, pois estes grupos não chegaram a ser emparelhados e por conseguinte a permanência no estudo, entre o M1 e M2 de um participante do GC de uma das amostras, dependeu unicamente da sua disponibilidade em participar e nunca na coexistência de um participante do GC da outra amostra, contrariamente ao que se procedeu com os participantes dos GE. O mesmo sucedeu entre o M2 e o M3.

Outro motivo que permite aceitar a variabilidade dos participantes das duas amostras entre os diferentes momentos prende-se com os objetivos do presente estudo, que incidem sobre os grupos e não sobre os pares do GE. Assim, tanto o conjunto de regras e a sua associação com os objetivos do estudo fundamentam as razões da oscilação do número de participantes dos grupos de cada amostra ao longo dos diferentes momentos do estudo, exposta na tabela E1.

## **2.6. Instrumentos**

A realização desta investigação implicou o recurso a dois tipos de instrumentos, os protocolos (Anexo C)<sup>28</sup> aplicados ao longo dos três momentos do estudo e o programa de intervenção. A descrição dos elementos de cada instrumento e o esclarecimento da sua função serão feitos nos subcapítulos que se seguem.

Foram elaboradas versões do protocolo para cada uma das amostras, em cada um dos momentos do estudo, de forma a proceder à recolha dos dados (Anexo C). Embora houvesse instrumentos comuns aos três protocolos, a composição dos que foram aplicados nos dois primeiros momentos integrou elementos específicos (tabela C1 e Anexo C). Estes elementos específicos consistiram no questionário sociodemográfico e nos QEP. Os elementos comuns aos protocolos aplicados ao longo dos diferentes momentos corresponderam aos instrumentos escolhidos para medir as VD em estudo de BES, em ambas as amostras; de florescimento, no caso dos P/Agentes; e de funcionamento cognitivo no caso dos P/Alvo. Assim, a PANAS e a SWLS (avaliação do BES), foram aplicadas nos três momentos tanto aos P/Agentes como aos P/Alvo. A FS foi aplicada ao longo dos três momentos apenas aos P/Agentes, enquanto o MoCA foi aplicado apenas aos P/Alvo. A sua seleção teve por base o facto de se tratar de instrumentos adaptados, validados para a população portuguesa e, ainda, as suas características psicométricas. A referência a estes instrumentos será feita tal como os autores dos estudos de validação dos mesmos os denominam.

### **2.6.1. Programa de intervenção.**

O programa de intervenção constituiu o principal instrumento para a realização deste estudo e, simultaneamente serviu de base para o estabelecimento dos principais objetivos, questão e principais hipóteses que o mesmo implicou. A sua origem deveu-se essencialmente a três fatores inter-relacionados: a motivação do autor advinda da sua experiência pessoal e clínica com a população idosa;<sup>29</sup> o levantamento de necessidades junto das instituições; e, por fim, as

---

<sup>28</sup> No que respeita aos protocolos, torna-se necessário fazer-se uma explicação preliminar que se encontra detalhada no Anexo C.

<sup>29</sup> Relativamente à motivação do autor, o contacto durante cerca de 24 anos junto da população idosa potenciou o seu interesse em investigar formas de promover mecanismos que pudessem ser potenciadores de BE e que, ao mesmo tempo, promovessem a saúde cognitiva perante a presença das perdas

pesquisas bibliográficas. Apesar da experiência e motivação do autor, houve o cuidado de ser realizado um levantamento de necessidades junto das US e dos CD, de forma a verificar qual o tipo de intervenções mais apropriado e que permitisse um trabalho sinérgico com os utentes destas instituições. Deste levantamento emergiram três situações pertinentes para além das necessidades relacionadas com o BE: a necessidade de criar mais informação e formação para os seniores relativamente aos problemas associados ao envelhecimento cognitivo, por parte das US; a necessidade de fomentar maior apoio junto dos utentes dos CD nesse domínio, por parte destas instituições; e, criar uma sinergia comunitária para apoiar os CD a desenvolver formas concretas de intervir na estimulação e treino cognitivo.

Por outro lado, foi efetuada uma extensa revisão de literatura acerca destas temáticas, através da qual foram corroboradas este tipo de problemáticas, bem como a urgência em resolvê-las, tendo em conta o contexto crescente de envelhecimento populacional atual.

Com base nestas diretrizes foi desenvolvido um programa que pudesse contribuir para superar todas as dificuldades transmitidas simultaneamente e que, por esse motivo, englobou uma vertente de intervenção (para os utentes dos CD), uma de formação (para os alunos das US) e que ao mesmo tempo procurou conciliar o trabalho sinérgico entre elementos que, apesar de pertencerem a uma mesma população e comunidade, apresentam características e papéis diferenciados entre si. Este último aspeto, ou seja, envolver seniores mais jovens e autónomos, após a aquisição de novos conhecimentos, a intervir e auxiliar seniores mais velhos e com carências, constituiu uma metodologia inovadora e que, de acordo com a literatura consultada através dos motores de busca disponíveis (e.g. B-on e EBSCO), até à execução do projeto, se traduziu num programa pioneiro.

No que respeita à estrutura das intervenções, foi criado um programa que contempla oito módulos, sendo cada um composto por duas sessões semanais. Cada sessão prevê uma duração aproximada de 1h20m, repartida em dois momentos de duração distinta. O primeiro tem uma maior extensão (+/- 50 minutos) e é reservado aos exercícios de TC, realizados numa dinâmica de pares (P/Agente - P/Alvo). O segundo momento, de duração mais curta, é reservado a atividades de EC, concretizadas numa dinâmica de par ou entre pares e o plano das sessões foi desenvolvido com base na experiência do autor (Anexo F). O conjunto de tarefas de EC e de TC foi desenhado para indivíduos com DCL e estados demenciais iniciais, permitindo alguma flexibilidade e possibilidade de extensão de aplicação a diferentes sujeitos, conciliando a prática de exercícios *standard* para os domínios cognitivos, bem como tarefas mais gerais e menos

---

típicas do envelhecimento. Este contacto ao longo do tempo consistiu na realização de trabalho voluntário junto de diferentes instituições seniores e também no trabalho de intervenção comunitária e clínico desenvolvido, mais recentemente, no âmbito do DCL e demências.

estruturadas, que no seu conjunto visam promover o funcionamento cognitivo e social. De facto, o conjunto de atividades selecionadas para este programa, não foi orientado para as necessidades de cada indivíduo *per se* como acontece na RC, mais indicada para estados demenciais mais avançados (e.g. Clare & Woods, 2004; Tardif & Simard, 2011)

Assim, se cada sessão for individualmente considerada, é possível verificar que nela não são trabalhados todos os diferentes domínios cognitivos e que, além disso, a ordem do tipo de exercícios está organizada de forma variada, articulando diferentes funções cognitivas. Em contrapartida, se for tido em consideração o conjunto de exercícios das duas sessões que compõem cada módulo, é possível constatar que cada um deles abrange todos os principais domínios cognitivos, como é o caso da memória, atenção complexa, funções executivas, domínio perceptor-motor, linguagem e orientação (APA, 2013; MoCA, 2005).

O conjunto de tarefas de EC foi “decalcado” ora da literatura e das recomendações de especialistas (e.g. jogos de provérbios; comentários de peças de notícias), ora de algumas propostas do próprio autor do programa (e.g. proposta de trocas de relatos de tradições natalícias; pedir aos P/Agentes para pesquisar imagens dos locais da sua infância e do respetivo par para que ambos possam trocar conhecimento entre si); e o conjunto de exercícios de TC foi extraído de um manual para esse efeito (Nunes & Pais, 2014), após o consentimento dos respetivos autores (Anexo G). Cada tipo de exercício prevê versões de dificuldade gradualmente crescentes e não implica a obrigatoriedade do término de cada tarefa, sempre que o P/Alvo demonstre dificuldade ou grau de frustração manifesto. Além disso, a estrutura do programa (e.g., número de sessões, duração das mesmas) alicerçou-se nas conclusões de estudos que se dedicaram à análise de vários tipos de IC (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Jean, Bergeron et al., 2010; Sherman et al., 2017; Tardif & Simard, 2011)

Para operacionalizar o funcionamento do conjunto das sessões foi necessário estabelecer os critérios de inclusão para a seleção dos participantes; realizar a vertente formativa para os elementos do par convidados a ser voluntários (Anexo F); fornecer material estacionário (lápiz de cor, borracha, etc.); estabelecer normas de funcionamento para a participação e permanência dos pares no programa; fornecer cópias dos planos e das páginas do manual com os exercícios estipulados para cada sessão, bem como um guião geral das sessões (Anexo F). Para além disso, a concretização do programa implicou a constituição de uma equipa de Psicologia para supervisionar o desenrolar das sessões junto dos pares constituídos, e ainda o estabelecimento de um momento de intervisão entre os mesmos. Relativamente à constituição da equipa de Psicologia e ao seu papel de supervisão, foi estipulada a regra da presença de um elemento para cada local de intervenção. A presença de um elemento da equipa justifica-se pela dupla função

que esta deve desempenhar, ou seja, supervisionar o desenrolar das sessões para manter uma uniformidade de execução do programa, coordenando e apoiando as dinâmicas que os pares desenvolvem sem interferir na sua autonomia e, ao mesmo tempo, servir de garante do respeito pelo bom funcionamento do programa junto das instituições.

De forma a cumprir estas atribuições, o programa prevê que cada elemento é chamado a fazer uma breve reunião de 10, 15 minutos com o conjunto de P/Agentes antes das sessões para rever o plano de atividades e alguns exemplos e, ainda, a permanecer no local durante cerca de 50 minutos para averiguar possíveis casos de dificuldade. O facto de não estar sempre presente no desenrolar das sessões visa promover o *empowerment* dos P/Agentes. Isto porque estes já terão passado pelo processo formativo teórico-prático, requerendo apenas eventuais orientações breves. Também cabia ao elemento da equipa fazer sempre a ressalva que perante alguma tarefa que o par não consiga realizar, o mesmo deve prosseguir com as restantes e deixar a dúvida para um momento posterior onde o supervisor possa estar presente.

O programa também contempla um momento de intervisão semanal entre os elementos da equipa para que os mesmos, antes das sessões semanais, possam rever os planos e as eventuais dificuldades que a crescente complexificação das tarefas possam desencadear, antecipando-se às eventuais dúvidas dos P/Agentes. Esta reunião semanal tem o intuito de poder uniformizar a ação da equipa junto de todos os locais de intervenção.

Quanto aos critérios de seleção (já descritos), foram criados atendendo às características de cada tipo de participante e aos respetivos papéis que viriam a desempenhar.

No que se refere ao funcionamento dos pares, o programa prevê que, por um lado, a intervenção requeira a manutenção dos mesmos durante todas as sessões até ao momento da avaliação dos seus efeitos e, por outro lado, a necessidade de existir alguma flexibilidade da ordem das sessões para garantir essa manutenção. Isto acontece porque a exequibilidade da intervenção e os efeitos que esta pretende promover, ao contrário de outros programas, baseiam-se num modelo de sessões que implica a realização de uma dinâmica de par, ou seja, os benefícios esperados emergem de uma experiência conjunta dos participantes. Se assim não fosse, e caso seguisse um modelo de ajuda externa, o programa perderia o seu cariz de intervenção comunitária entre pares da população sénior que se interajuda. Além disso, o programa prevê que a exigência da permanência dos pares deve ser acompanhada por alguma flexibilidade, para atender às vicissitudes de saúde inerentes a este tipo de população que podem obrigar a eventuais impedimentos pontuais.

Assim sendo, de modo a garantir a exequibilidade e eficácia da intervenção do programa, foram criadas as seguintes regras: uma vez constituído cada par e tendo a primeira sessão já

iniciado, este deve ser mantido até ao fim; existem quatro possibilidades de ausência para os elementos do par em conjunto; sempre que haja uma ausência de um dos participantes, o par deve prosseguir no outro dia com a sessão estipulada para esse dia e deixar a sessão em atraso para ser realizada, posteriormente, nas duas semanas de substituição previstas após o término dos módulos; sempre que um elemento tenha ou queira abandonar o programa (APA, 2010), o respetivo par deve ser retirado da intervenção e esperar pelo início de um novo programa, à exceção de uma situação específica que consiste no abandono que ocorre no momento final da última sessão. Nestes casos, o abandono de um elemento não coloca em causa a avaliação do respetivo par, pois não inviabiliza uma avaliação da experiência conjunta já concluída.

A flexibilidade de poder adiar a realização de uma a quatro sessões para um período suplementar às datas previstas não interfere com os efeitos que a intervenção no seu conjunto total pretende obter, na medida em que cada sessão tem uma estrutura que, conforme já foi referido, não deve ser considerada individualmente mas no conjunto das sessões.

Por fim, para operacionalizar a intervenção, o programa inclui uma vertente formativa para os elementos dos pares agentes da mesma e que nessa qualidade são chamados a uma responsabilidade acrescida. Por esse motivo, este tipo de participantes precisam de ser dotados de conhecimentos. Para tal, foi criada uma ação formativa teórico-prática, com conteúdos organizados em quatro módulos, cujos capítulos seguem uma ordenação temática contínua. À exceção dos exercícios práticos, toda a transmissão do conteúdo teórico está prevista para ser ministrado com recurso à apresentação de diapositivos (Anexo F). Quanto à duração da formação do programa, a mesma está prevista para duas sessões de quatro horas contemplando momentos de pausa: três momentos letivos com cerca de 70 minutos intervalados com pausas de 20 minutos, devendo cada sessão ser realizada em dias diferentes. Relativamente ao formador, este foi o próprio autor deste estudo e do programa de intervenção, incluindo a vertente formativa.

Quanto à componente teórica, o conjunto dos conteúdos versa sobre diferentes assuntos: organização anátomo-funcional do sistema nervoso; envelhecimento e as suas consequências; DCL; demências; avaliação neuropsicológica e outras ferramentas para realizar um diagnóstico diferencial; intervenção psicológica nos quadros de DCL e de estados demenciais; importância das atividades de integração social (Anexo F). A conjugação destes temas procura suscitar a reunião de informação para que os P/Agentes possam compreender o que é que acontece cognitivamente aos indivíduos perante os diferentes cenários de perda cognitiva e o que é que pode ser feito para prevenir e minorar a sua progressão.

Relativamente à componente prática da formação esta consiste no fornecimento de informação a respeito do funcionamento das sessões de intervenção, como por exemplo, o tipo de material utilizado, o papel de apoio da equipa de Psicologia às sessões, as recomendações e, ainda, informação sobre eventuais questões que os P/Alvo possam vir a colocar. Toda esta informação mais dirigida às dinâmicas das sessões, foi ainda ministrada através de diapositivos. Depois disso, esta vertente inclui a exposição de um plano de sessões e de vários exercícios exemplificativos para que os P/Agentes possam contactar e realizar exercícios de *role-play* com os mesmos. Nesses *role-plays* está também previsto trabalhar os possíveis cenários de dúvidas dos P/Alvo (Anexo F).

O plano de sessões e a ação formativa foram dados a conhecer a dois peritos, pedindo os seus pareceres, os quais foram autorizados a ser referidos neste estudo (Anexo H). Após a obtenção de aval na peritagem, o programa foi submetido a um registo público de autoria.

### **2.6.2. Questionário sociodemográfico.**

Para proceder à caracterização de ambas as amostras e poder relacionar as suas características com os outros instrumentos de medida, foi elaborado um questionário que contemplou um conjunto de variáveis sociodemográficas e de saúde. Este questionário denominado *lato sensu* por Questionário Sociodemográfico (Anexo C) foi comum a ambas as amostras, à exceção de duas perguntas que foram destinadas aos P/Alvo. A maior parte da recolha de informação teve lugar na aplicação do primeiro protocolo, e a restante foi obtida na segunda aplicação. Assim, o primeiro questionário incidiu sobre as variáveis idade, género, estado civil, habilitações (grau de escolaridade), a atividade profissional prévia, o estado de saúde e a ocupação atual. A versão suplementar aplicada no segundo momento, contemplou ainda perguntas referentes à coabitação e, no caso dos P/Alvo outras duas questões: uma sobre o regime de frequência do CD a que o participante pertencia e, outra acerca do tempo de permanência no mesmo.

### **2.6.3. Positive and negative affect Schedule – Panas.**

Para medir a dimensão afetiva do BES, foi utilizada a PANAS de Watson et al (1988). Neste estudo, optou-se por aplicar a versão adaptada e validada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005b) (Anexo C). Segundo Watson, Clark, e Tellegen (1988), nos vários estudos antecedentes, que se debruçaram sobre o constructo do afeto, foram emergindo dois fatores principais, que constituem duas dimensões independentes: o AN e o AP. Porém, as escalas antecedentes, não apresentavam boas qualidades psicométricas. Nessa medida, os autores procuraram colmatar essa lacuna, desenvolvendo um instrumento que para além do

intuito de se traduzir numa medida breve e de fácil aplicação, se tratasse, sobretudo, de um instrumento válido, que oferecesse bons níveis de consistência interna.

Desta forma, aqueles autores desenvolveram a PANAS, que assenta numa estrutura bifatorial, integrando duas subescalas independentes, cada uma composta por dez itens e que visam medir o AP e o AN. O processo de seleção dos itens teve como intuito encontrar os termos que correspondessem aos mais puros marcadores de AN e AP e que abarcassem o maior número de conteúdo de emoções relacionadas. Este processo traduziu-se, sobretudo, na escolha dos itens que apresentaram um peso fatorial elevado num dos fatores e que, simultaneamente, tiveram um valor próximo do zero no outro fator (Watson et al., 1988).

Através de uma extensa amostra, os autores da escala original realizaram aplicações do questionário com diferentes tempos de resposta possíveis (agora, ou seja neste momento; hoje; durante os últimos dias; durante a última semana; durante as últimas semanas; durante o último ano; e no geral) para que os respondentes, numa escala de tipo Likert de cinco pontos, pudessem classificar a experiência de cada uma das emoções (1 = nada ou muito ligeiramente; 2 = um pouco; 3 = moderadamente; 4 = bastante; 5 = extremamente). A escala final constituída por 20 itens (10 para cada subescala) veio contemplar estas opções de resposta e as instruções com os quadros temporais anteriormente descritos (Watson et al., 1988).

A consistência interna avaliada através do coeficiente de *Alpha de Cronbach* foi elevada para ambas as subescalas em cada um dos quadros temporais possíveis de resposta, variando para a subescala de AP entre  $\alpha = .86$  a  $\alpha = .90$  e para a subescala do AN entre  $\alpha = .84$  a  $\alpha = .87$ . Para além disso, verificaram que as correlações entre as subescalas para cada tempo de resposta foi baixa, variando entre  $r = -.12$  e  $r = -.23$ . Com estes resultados os autores concluíram que as instruções do tempo de resposta não afetam a fiabilidade das subescalas e que as mesmas mantêm-se independentes entre si para cada quadro temporal.

Em termos gerais, o conjunto de emoções que constituem o AP fazem-no corresponder a uma dimensão pela qual é possível medir como os indivíduos expressam, em geral, o seu entusiasmo pela vida e o prazer no envolvimento de atividades. Em contrapartida, o AN permite avaliar, por exemplo, o quão os indivíduos se sentem indispostos, em sofrimento ou perturbados (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a; Watson et al., 1988).

Além disso, na realização da análise da fidelidade através do teste-reteste para cada versão temporal de resposta, não foram encontradas entre elas, diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ). Isto levou a que os autores da versão original concluíssem que a escala da PANAS apresenta não só uma boa estabilidade temporal para todas as versões, mas também que se traduz numa escala propícia a medir tanto o afeto estado (emoções), como o humor

(ansiedade e depressão) e o afeto traço (personalidade). Aliás, ainda referem que consoante o modelo temporal de instruções escolhido, a PANAS pode ser mais sensível para medir as flutuações do afeto estado ou para medir o afeto traço. As instruções com tempos de resposta mais curtos são as mais indicadas para o primeiro caso, enquanto que as instruções que utilizam tempos de resposta mais longos são mais apropriadas para o segundo caso (Watson et al., 1988). Mais recentemente, Letzring e Adamcik (2015) reiteram interligação do afeto estado com os traços de personalidade.

A PANAS tem vindo a ser adaptada e aplicada em diversas culturas (Hervás & Vazquez, 2013). No estudo de adaptação e validação para a população portuguesa realizado por Galinha e Pais-Ribeiro (2005b) foram ministradas duas versões temporais de resposta para que os participantes classificassem em que medida experienciaram as emoções, nomeadamente: “durante os últimos dias” e “durante as últimas semanas”. Para a classificação, foi utilizada a mesma escala de tipo Likert com as cinco opções de resposta propostas na escala original.

Baseando-se em procedimentos similares ao estudo original, Galinha e Pais-Ribeiro (2005b) selecionaram os 10 itens finais mais puros para o AP (e.g. “determinado”) e para o AN (e.g. “assustado”) (Anexo C). Esta versão portuguesa da PANAS apresenta bons níveis de consistência interna tanto para a subescala de AP ( $\alpha = .86$ ) como para a subescala do AN ( $\alpha = .89$ ) e uma correlação entre as duas subescalas próxima de zero ( $r = -.10$ ). Estes resultados são de magnitude idêntica aos valores encontrados no estudo de validação original e confirmam o modelo bidimensional e ortogonal proposto por Watson et al. (1988) ao nível da estrutura e dimensão do conceito afeto. A independência destas dimensões, permite a mensuração e compreensão do AP e do AN numa perspetiva complementar e autónoma, ou seja, longe de uma visão bipolar e de oposição. Quer isto dizer que por um lado, o facto de uma pessoa referir um aumento do AP, não implica que sinta um decréscimo do AN e vice-versa. Por outro lado, também significa que um mesmo indivíduo pode sentir, em simultâneo, alto AP e alto AN. O mesmo acontece com baixo AP e Baixo AN.

Desta forma, a escala que resulta do estudo de adaptação e validação para a população portuguesa de Galinha e Pais-Ribeiro, apresenta propriedades similares à escala original, constituindo-se como um instrumento eficaz para a avaliação do AP e AN, enquanto dimensões independentes. Além disso, na medida em que segue o mesmo modelo de instruções e de opções de resposta, esta versão cumpre o mesmo propósito dos autores originais de corresponder a uma medida breve e de fácil aplicação. Posteriormente, à validação da PANAS, Galinha, Pereira e Esteves (2013) confirmaram a sua estabilidade temporal para um intervalo de dois meses no que se refere à aplicação da versão afeto estado.

#### **2.6.4. Escala de satisfação com a vida – SWLS.**

Para medir a dimensão cognitiva do BES, foi utilizada a SWLS de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985). Neste estudo, optou-se por aplicar a versão adaptada e validada por Simões (1992) e seguir a denominação “Escala de Satisfação com a Vida – SWLS” atribuída por este autor (Anexo C).

De acordo com os autores da escala original, nos vários estudos que inicialmente se dedicaram à investigação do BES, a componente SCV, comparativamente ao AN e AP, foi a que menos atenção recebia. Além disso, algumas escalas que procuraram medir a satisfação geral com a vida percebida pelos indivíduos, quer pela sua estrutura, quer pelas qualidades psicométricas ficavam aquém do escopo de avaliá-lo devidamente. Por estas razões, Diener et al. (1985) procuraram desenvolver um instrumento multi-item que permitisse avaliar o processo de julgamento cognitivo global subjetivo que os indivíduos fazem sobre a qualidade das suas vidas, recorrendo aos seus próprios padrões e critérios, de forma a aceder ao BES.

Posteriormente, esta escala foi alvo de um estudo de revisão, no qual foi reforçada, por um lado, a importância de que a avaliação da SCV deve ser feita a partir de um juízo emitido com base em critérios estabelecidos pelo próprio indivíduo e, por outro lado, que este devia reportar-se à QV num sentido global. Quanto à primeira questão, nesta revisão à escala, Pavot e Diener (1993) explicam que tratando-se de um processo cognitivo consciente, a SCV não deve ter a interferência de padrões externos (avaliador), na medida em que as pessoas são capazes de fazer a sua própria avaliação tendo em conta as suas circunstâncias, os padrões vigentes do meio aonde estão inseridas e o peso que ambos representam para si. No que respeita à formulação de um juízo global sobre a SCV, os autores defendem que este é melhor alcançado através de itens globais ao invés de itens com uma natureza específica. Isto porque, além de existir diferentes referências de SCV (e.g. a saúde, estabilidade familiar ou sucesso profissional), estas também representam diferentes valorações para cada indivíduo. Assim, a adoção de itens globais permite-lhes, implicitamente, recorrer às referências que consideram mais pertinentes e refleti-las num juízo global, facilitando a comparação entre sujeitos.

A partir de um conjunto de 48 itens, Diener et al. (1985) construíram a escala original que ficou reduzida, numa fase final, a cinco itens. Estes foram formulados no sentido positivo e integram sete opções de resposta numa escala de tipo Likert, cujo total pode variar entre cinco a 35 pontos (5= baixa satisfação, 35= alta satisfação). No estudo de validação a SWLS revelou uma boa consistência interna ( $\alpha = .87$ ) e uma moderada estabilidade temporal, através do coeficiente de estabilidade de  $.82$  obtido no teste-reteste após dois meses. No estudo de revisão

à escala original, Pavot e Diener (1993) reforçam que a SWLS possui uma estrutura unifatorial, que explica 66% da variância da escala, o que indica uma forte concordância do conceito de SCV. Neste estudo, é ainda explicado que a SWLS apresenta diferentes vantagens nomeadamente: uma boa estabilidade temporal; uma estrutura que permite uma aplicabilidade breve e fácil; um bom complemento para outro tipo de medidas; e um instrumento amplamente difundido e acessível a diferentes culturas.

Relativamente à estabilidade temporal, Pavot e Diener (1993) referem que a SWLS permite verificar que a dimensão cognitiva tende a perdurar ao longo do tempo, tornando-a um indicador estável de BES. Porém, também referem que a estabilidade alcançada pela escala não impede que esta seja sensível a detetar as mudanças no nível de SCV que ocorrem perante alguns eventos positivos e negativos relevantes, como é o caso do aumento da satisfação após uma intervenção psicoterapêutica (Friedman, citado por Pavot & Diener, 1993; Diener & Ryan, 2009) ou o decréscimo da mesma perante cenários de doença do outro cônjuge (Vitaliano, Russo, Young, Becker, & Maiuro citados por Pavot & Diener, 1993).

Por outro lado, a distinção verificada entre a SWLS e outras medidas que avaliam a dimensão afetiva do BES demonstram que a SWLS deve ser utilizada em complementaridade com estas, pois constitui um bom instrumento para averiguar a mudança no BES e o efeito que as intervenções clínicas nele podem exercer (Pavot & Diener, 1993; Diener & Ryan, 2009). Além disso, a SWLS tem sido um instrumento adaptado e validado em vários idiomas, culturas e camadas sociais, incluindo amostras geriátricas e clínicas (Corrigan, Kolakowsky-Hayner, Wright, Bellon, & Carufel, 2013; López-Ortega, Torres-Castro, & Rosas-Carrasco, 2016; Pavot & Diener, 1993; 2008).

O estudo de validação de Simões (1992) para a população portuguesa, foi desenvolvido com base numa amostra diversificada que, para além de incluir alunos universitários, integrou maioritariamente adultos com idades, profissões e classes sociais diferentes. Esta versão da SWLS manteve os cinco itens um conteúdo mais acessível (e.g. “estou satisfeito com a minha vida”) e reduziu as opções de resposta de sete para cinco pontos (1 – discordo muito; 2 – discordo um pouco; 3 – não concordo nem discordo; 4 – concordo um pouco; 5 – concordo muito), cujo total pode variar entre 5 e 25, sendo que quanto maior for o *score* global, maior a satisfação percebida pelo indivíduo. A redução para uma escala de Likert com cinco pontos não afetou as qualidades psicométricas da mesma, uma vez que a análise de componentes principais revelou um único fator que explica 53.1% da variância total e ao nível da consistência interna foi encontrado um alfa de Cronbach de .77 (Anexo C).

A brevidade e maior acessibilidade da versão portuguesa desenvolvida por Simões (1992), assim como as boas qualidades psicométricas encontradas, basearam a escolha da mesma para o estudo presente. Além disso, a adoção desta versão da SWLS, numa investigação mais recente junto de uma amostra de população idosa, revelou bons níveis de consistência interna ( $\alpha = .76$ ) (Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva, & Espirito Santo, 2015).

### **2.6.5. *Flourishing scale* – FS.**

A investigação acerca do BE tem proliferado nas últimas décadas e, mais recentemente à volta deste abrangente constructo, diferentes teorias e medidas têm-se debruçado não só sobre o estudo das diferentes dimensões (BES, BEP, BESOC), mas também acerca da relação entre elas. Ao longo destas investigações emerge o conceito de florescimento como um indicador que deve ser considerado na operacionalização do BE, até porque se traduz num constructo que integra simultaneamente as componentes hedónica e eudemónica do BE (e.g. Diener, 2012; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Diener et al., 2010; Dodge et al., 2012; Forgeard, Jayawickreme, Kern, & Seligman, 2011; Henderson & Knight, 2012; Keyes, Shmotkin, & Riff 2002; Proctor, Tweed, & Morris, 2015).

De entre as várias conceptualizações do florescimento (Dodge et al., 2012; Hone, Jarden, Schofield, & Duncan, 2014; Scorsolini-Comin et al., 2013), Diener et al. (2010), desenvolveram uma escala que num primeiro momento foi denominada como escala de BEP. Numa publicação posterior, a mesma foi reduzida a oito itens e recebeu a denominação de *flourishing scale* – FS de forma a melhor precisar o seu conteúdo e escopo, que não se limitam apenas a avaliar o BEP *strito sensu*, na medida em que integra itens que se reportam às relações sociais, recebendo a influência do BESOC (Diener et al., 2010).

Aliás, o intuito da FS é avaliar a prosperidade psicossocial do indivíduos e proporcionar informação adicional às medidas de BES de forma a aprofundar a compreensão do BE, enquanto fenómeno holístico que integra não só a dimensão hedónica como também a eudaimónica e social (Diener et al., 2010; Hone, Jarden, & Schofield, 2014; Hone, Jarden, Schofield, & Duncan, 2014). Trata-se de uma medida breve, composta por oito itens, formulados em sentido positivo, elaborados numa escala de tipo Likert com sete opções de resposta (1 – discordo completamente a 7 – concordo completamente), cujo total pode oscilar entre oito e 56. As pontuações mais elevadas traduzem que os indivíduos se percebem de uma forma positiva face a diferentes aspetos do seu funcionamento psicossocial, tais como: a autoestima, o otimismo, ter relacionamentos gratificantes e de suporte, contribuir para a

felicidade dos outros, sentir-se respeitado, competência e envolvimento em atividades significativas e ter uma vida com propósito e significado (Diener et al, 2010).

O estudo de validação da escala original foi realizado com base numa amostra de 689 estudantes universitários que, em parte, responderam à escala uma segunda vez, com um intervalo um mês. Os resultados relativos às qualidades psicométricas revelaram que a FS apresenta uma estrutura unifatorial que explica 53% da variância da escala e uma boa consistência interna ( $\alpha = .87$ ). Além disso, a FS revelou uma estabilidade temporal de .71 e quanto à validade convergente, apresentou correlações elevadas com outras medidas de BE, como por exemplo, a SWLS e a *Basic Needs Satisfaction Scale* (Diener et al., 2010).

Apesar da sua dimensão unifatorial, vários estudos que aplicaram a FS a outras culturas e populações, têm vindo a confirmar as qualidades psicométricas deste instrumento e a sua utilidade (e.g. Checa, Perales, & Espejo, 2017; Hone, Jarden, & Schofield, 2014; Killen & Macaskill, 2015; Momtaz et al, 2016; Ramírez-Maestre et al., 2017; Schotanus-Dijkstra et al., 2016; Villieux, Sovet, Jung, & Guillbert, 2016).

Em Portugal, Silva e Caetano (2013) realizaram um estudo de validação da FS junto de duas amostras de adultos, a primeira com 711 indivíduos trabalhadores e a segunda com 194 estudantes universitários voluntários. A versão portuguesa da FS segue a mesma estrutura da escala original de oito itens em sentido positivo com as mesmas 7 opções de resposta. Tal como a escala original, os itens desta versão avaliam diversas áreas do funcionamento psicossocial (e.g. “Levo uma vida com propósito e significado”, “Contribuo ativamente para a felicidade e bem-estar dos outros”, “Sou optimista acerca do meu futuro”) (Anexo C).

Da análise fatorial exploratória efetuada, à semelhança do estudo original, emergiu uma estrutura unifatorial que explica 47% da variância dos itens. Foram encontrados bons níveis de consistência interna tanto na amostra de trabalhadores ( $\alpha = .83$ ), como na amostra de estudantes ( $\alpha = .78$ ), que representam valores semelhantes aos de Diener et al. (2010). Na versão portuguesa da FS, foram encontradas associações positivas e significativas com outras medidas de BE, como é o caso da SWLS (0.487\*\*) e correlações negativas com os itens das experiências negativas da *Scale of Positive and Negative Experiences (SPANE)*. Todos estes resultados demonstram que a versão portuguesa da FS, à semelhança da escala original, apresenta boas qualidades psicométricas (Silva e Caetano, 2013). A natureza integrativa da FS, o facto de ser um instrumento de aplicação célere e fácil e a sua crescente difusão na literatura, constituíram os fundamentos para o seu recurso no estudo dos P/Agentes.

### **2.6.6. Montreal Cognitive Assessment – MoCA.**

Para avaliar a saúde cognitiva dos utentes dos CD, realizar a sua seleção para o estudo, recorreu-se ao MoCA, o qual foi desenvolvido por Nasreddine et al. (2005) para suprir a inexistência de uma ferramenta que auxiliasse os clínicos a destringir de uma forma célere, não só os casos de envelhecimento cognitivo normal dos estados demenciais, mas que, sobretudo, fosse mais específica para a deteção do DCL, uma vez que a ausência de instrumentos eficazes para a sua deteção constituía um problema grave, na medida em que o mesmo está comprovadamente associado a um risco elevado para a progressão de estados demenciais. Isto porque, até à construção do MoCA, as avaliações para averiguar o DCL, ora se concretizavam através de baterias de testes neuropsicológicos cuja morosidade impedia uma prática clínica célere, ora através do MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), o qual foi alvo de críticas no que se refere à adequação para detetar défices mais ligeiros.

Na sua versão final revista, o MoCA acabou por ser composto por um manual de aplicação e cotação e por um protocolo de uma página cujo tempo de aplicação previsto é de aproximadamente 10 minutos. Os diferentes itens integram uma série de tarefas que permitem avaliar oito domínios cognitivos, nomeadamente: função executiva; capacidade visuoespacial; memória a curto prazo; atenção; concentração; memória de trabalho; linguagem; orientação espaciotemporal (Nasreddine et al., 2005; MoCA, 2017). Esta versão foi alvo de um estudo de validação com base em três amostras diferentes, todas com idades médias superiores a 72 anos de idade: uma era constituída por 94 indivíduos que preenchiam os critérios de DCL vigentes aquando da elaboração do MoCA (Petersen et al., 2001; Petersen et al., 1999); a segunda por 93 indivíduos diagnosticados com provável DA; e a terceira por 90 indivíduos com envelhecimento cognitivo normal que constituíram o GC. Além do teste MoCA todos os participantes responderam ao MMSE (Nasreddine et al., 2005).

Os resultados indicaram que o MoCA apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha = .83$ ) e uma elevada estabilidade temporal no teste-reteste ( $r = .92, p < .001, 35.0 \pm 17.6$  dias) (Freitas et al., 2010; Nasreddine et al., 2005). No que respeita à validade concorrente, os resultados do MoCA apresentaram uma elevada associação com os resultados obtidos no MMSE ( $r = .87, p < .001$ ). No que se refere à eficácia do MoCA para destringir os indivíduos com DCL, DA e os que apresentavam envelhecimento cognitivo normal, os resultados encontrados revelaram a existência de diferenças significativas entre cada um dos grupos estudados, que se mantiveram, mesmo após o controlo da influência do nível educativo. Aliás estas diferenças foram superiores às encontradas através do MMSE (Nasreddine et al., 2005).

Para averiguar a capacidade do teste MoCA em identificar a sensibilidade e a especificidade,<sup>30</sup> Nasreddine et al. (2005) estabeleceram, tanto para o MoCA como para o MMSE, um valor de pontuação de corte igual, determinando que *scores* inferiores a 26 correspondem a presença de défices cognitivos. Das análises que foram efetuadas separadamente para as amostras de DCL e DA, o MoCA revelou uma excelente sensibilidade na identificação do DCL (90%) e da DA (100%), enquanto o MMSE apresentou resultados mais modestos: DCL (18%) e DA (78%). Quanto à especificidade, o MoCA revelou possuir uma capacidade “muito boa a excelente” (89%) em detetar os casos de envelhecimento cognitivo normal, ainda que comparativamente ao MMSE (100%) tenha sido inferior. Quanto aos valores preditivos positivos (VPP) e negativos (VPN), no MoCA, foram encontrados excelentes resultados para o DCL (VPP = 89%; VPN = 91%) e para a DA (VPP = 89%; VPN = 100%) (Nasreddine et al., 2005). Porém, é de referir que embora a maioria dos participantes com DA tenha obtido resultados abaixo de 26 pontos em ambos os testes, cerca de ¾ dos participantes com DCL que também foram identificados no MoCA com valores abaixo desse limite estabelecido, obtiveram simultaneamente valores iguais ou superiores a 26 no MMSE. Ou seja, enquanto com o MoCA os participantes com DCL recaíram nos casos de presença de défices cognitivos, através do MMSE os mesmos foram identificados como normais, isto é, com ausência de prejuízos cognitivos. Por esta razão, Nasreddine et al. (2005) recomendam que havendo casos de queixas de perdas cognitivas sem haver prejuízo funcional nas tarefas quotidianas o MoCA deve ter preferência na escolha de aplicação, em detrimento do MMSE, na medida que se revelou um instrumento com melhor capacidade na identificação do DCL.

Segundo os autores do instrumento original, esta superior sensibilidade, comparativamente ao MMSE, na deteção do DCL, pode ser explicada pelas características que o MoCA possui, dado que: integra itens com mais tarefas; as tarefas comuns são mais complexas; avalia um maior número de funções cognitivas, como é o caso do domínio das funções executivas (Folstein et al., 1975; Freitas, Simões et al., 2014; Nasreddine et al., 2005).

Embora o MMSE seja o instrumento mais antigo e difundido para o rastreio cognitivo breve, cada vez mais, o MoCA tem vindo a ser adotado no seio da comunidade científica, devido ao facto de constituir uma ferramenta que demonstra superar as limitações daquele instrumento e também de outros testes similares (Cecato, Montiel, Bartholomeu, & Martinelli, 2014; Ismail & Mortby, 2017; Iracleous et al., 2009; Ismail, Rajji, & Shulman, 2011; Ismail et al., 2013; Martinelli et al, 2014; Tsoi et al., 2015; Tsoi et al., 2017). Esta crescente difusão pode ser

---

<sup>30</sup> Entenda-se por sensibilidade a capacidade em identificar os casos com prejuízos no âmbito do DCL e da DA; e por especificidade a capacidade em identificar os casos de ausência de défices, ou seja envelhecimento cognitivo normal.

constatada no próprio sítio internet – [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org) – onde é possível ver que, poucos anos após o estudo original, o MoCA já se encontra adaptado e validado em mais de 30 países (Freitas, Simões et al., 2014; MoCA, 2017). Aliás, vários estudos têm continuamente vindo a reforçar as boas qualidades métricas do MoCA e a sua sensibilidade para detetar precocemente a DA e do DCL, inclusive de acordo com os novos critérios diagnósticos revistos (e.g. Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2013; Fujiwara et al., 2010; Kaya et al., 2014, Petersen, 2004; 2008; Petersen et al., 2014). Além disso, a sua precisão e sensibilidade em identificar deteriorações cognitivas ligeiras, potenciou a sua investigação para um campo de aplicação cada mais vasto e diversificado. Desta forma, o MoCA tem vindo a ser estudado e validado para averiguar os prejuízos cognitivos junto de outros grupos clínicos, tais como: doença de Parkinson, défice cognitivo vascular demência frontotemporal, vírus de imunodeficiência humana, e, ainda, para testar a eficácia de programas de intervenção para reabilitação (Freitas, Prieto, Simões, & Santana, 2014; Freitas, Simões et al., 2014; Julayanont, Philips, Chertkow, & Nasreddine, 2013; Julayanont & Nasreddine, 2017; MoCA, 2017).

Tal como os autores originais, a eficácia e a excelente sensibilidade do MoCA para detetar os casos ligeiros de prejuízo cognitivo continuam a ser alicerçadas na complexidade das tarefas que este instrumento contempla e na abrangência para avaliar vários domínios e o funcionamento cognitivo global (Ciesielska et al., 2016; Ismail & Mortby, 2017; Lam et al., 2013; Takács et al., 2017; Tsoi et al., 2015; Tsoi et al., 2017). Aliás, vários estudos comprovam que perante outros testes de rastreio breve, o MoCA apresenta uma maior proximidade e convergência com testes neuropsicológicos mais extensos e padronizados (Lam et al., 2013; Paul et al., 2011; Vogel et al., 2015; Waldron-Perrine & Axelrod, 2012). Esta completude fez com que o MoCA tenha vindo a ser recomendado para integrar *guidelines* de perturbações neurocognitivas, enquanto teste de rastreio cognitivo, não somente pela sua capacidade de detetar o DCL, mas pelo seu valor preditivo para o diagnóstico de estados demenciais, permitindo o recurso a intervenções precoces (Cecato et al., 2014; Freitas, Prieto et al., 2014; Galvin & Sadowsky, 2012; Gauthier et al., 2011, Waldron-Perrine, 2012).

Em Portugal, até se chegar às versões finais do MoCA e do manual de aplicação e cotação, foi conduzido um processo minucioso para a adaptação transcultural dos mesmos para que fossem adaptados sem perder a correspondência com os materiais originais. (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010). Esta versão final do MoCA (Anexo C) foi validada para a população normativa (Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011) e foi alvo de múltiplos estudos de validação que foram conduzidos, ora com o intuito de estudar as qualidades psicométricas do MoCA (Freitas, Prieto et al., 2014; Freitas, Santana, & Simões, 2010; Freitas, Simões, Alves,

& Santana, 2012; Freitas, Simões, Marôco, Alves, & Santana, 2012), ora com o objetivo de validar junto de diferentes grupos clínicos, de modo a explorar a sua capacidade de diagnóstico, tais como: demência vascular (Freitas, Simões, Alves, Vicente, & Santana, 2012); demência frontotemporal (Freitas, Simões, Alves, Duro, & Santana, 2012); DCL e DA (Freitas, Simões, Alves et al., 2013). Mais tarde, Freitas, Simões et al. (2014) discriminaram os pontos de corte obtidos, nos estudos supracitados, para cada um destes grupos clínicos.

Num estudo para aprofundar as qualidades psicométricas do MoCA, os investigadores portugueses, com base numa amostra constituída por dois grupos (normativo *versus* clínico - DCL e DA), encontraram como melhor solução para avaliar a estrutura fatorial do instrumento, um modelo de seis dimensões que apresentou: uma boa validade de construto, convergente e discriminante e, ainda, uma boa consistência interna ( $\alpha = .91$ ). Este modelo, possibilita que seja feita uma análise breve do funcionamento cognitivo global através da pontuação total e, simultaneamente, permite identificar o perfil cognitivo em diferentes domínios: funções executivas ( $\alpha = .74$ ); capacidades visuoespaciais ( $\alpha = .89$ ); memória a curto prazo ( $\alpha = .87$ ); linguagem ( $\alpha = .84$ ); orientação espaciotemporal ( $\alpha = .95$ ) e atenção, concentração e memória de trabalho ( $\alpha = .91$ ) (Freitas, Simões, Marôco et al., 2012).

Em todos os estudos com populações clínicas, os investigadores alcançaram sistematicamente resultados que corroboram as qualidades psicométricas encontradas pelos autores do teste original (Nasreddine et al., 2005). Assim sendo, os valores encontrados para a consistência interna, tendo em conta as amostras estudadas, variaram entre  $\alpha = .72$  e  $\alpha = .91$ . Apesar de estar fortemente correlacionado com o MMSE, os resultados consistentemente têm vindo a sustentar que o MoCA possui uma melhor capacidade discriminante para distinguir os indivíduos seniores cognitivamente saudáveis, dos que pertenciam aos grupos clínicos estudados (DCL, DA, DV, DFT). Os pontos de corte que foram sendo estabelecidos para cada grupo clínico ( $< 22 = \text{DCL}$  e  $< 17 = \text{DV}$ ;  $\text{DFT}$ ; e  $\text{DA}$ ) potenciaram sempre uma maior: sensibilidade, especificidade, VPP e VPN comparativamente ao MMSE, traduzindo a sua superioridade quanto à precisão diagnóstica. No conjunto destes estudos os valores oscilaram da seguinte forma: sensibilidade (77% a 88%); especificidade (77% a 98%); VPP (78% a 98%); VPN (80% a 89%); e precisão diagnóstica (80% a 93%). Tais achados continuaram a ser explicados pela maior abrangência do MoCA em termos de domínios cognitivos, como é o caso das funções executivas e pela maior complexidade nas tarefas análogas, como por exemplo: as tarefas de memória, de linguagem, de atenção e capacidades visuoespaciais (Freitas, Simões, Alves, Duro, & Santana, 2012; Freitas, Simões et al., 2013; Freitas, Simões, Alves, Vicente, & Santana, 2012; Freitas, Simões et al., 2014).

O MoCA apresentou uma boa estabilidade temporal, numa subamostra de participantes do GC normativo tanto para um período de cerca de três meses ( $r = .91$ ), como para um período de aproximadamente 18 meses ( $r = .88$ ). Além disso, também revelou deter uma boa sensibilidade para detetar longitudinalmente o declínio global em indivíduos com DCL e com AD. Os resultados provenientes de uma segunda aplicação que decorreu entre um período de 63 a 340 dias, após à primeira, demonstraram a sua utilidade para além da deteção quantitativa do declínio cognitivo, ou seja, evidenciaram que o MoCA também permite fornecer uma informação compreensiva do perfil clínico ao longo da evolução da deterioração cognitiva global (Freitas, Simões, Alves et al., 2013).

Atendendo a dois dos objetivos principais deste estudo (verificar os efeitos e a duração do programa de intervenção, junto dos seniores de uma comunidade que apresentassem declínio cognitivo) e, inerentemente a um dos critérios de seleção dos P/Alvo (selecionar pessoas com prejuízos cognitivos ligeiros), o MoCA, devido a todas as características e qualidades já referidas, constituiu a preferencial escolha, enquanto instrumento para detetar o DCL. Assim, o resultado médio e o correspondente DP ( $18.31 \pm 3.87$ ) estabelecidos para a população portuguesa com DCL (Freitas, Simões et al., 2014) constituiu um dos critérios de inclusão dos P/Alvo e as avaliações após a intervenção com o MoCA, serviram para averiguar os efeitos cognitivos gerados pela mesma.

As qualidades e vantagens que o MoCA apresenta levaram a uma rápida disseminação internacional deste instrumento, de tal forma que têm vindo a ser recomendado para integrar as *guidelines* para o DCL e para outros quadros clínicos. Em Portugal, a Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) nº 053 de 27 de Dezembro de 2011, destinada à “Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas”, também integra o MoCA como instrumento de rastreio cognitivo, referindo-o como sendo o mais indicado para a deteção do DCL (DGS, 2011, p.4; Freitas, Simões et al., 2014; MoCA, 2017). Apesar de já existirem duas novas versões alternativas (7.2 e 7.3 – [www.moca.org](http://www.moca.org)) para evitar os efeitos de aprendizagem, neste estudo foi apenas utilizada a primeira versão (7.1) do instrumento (Freitas, Simões, Santana, Martins, & Nasreddine, 2013) (Anexo C), uma vez que a autora principal da investigação acerca deste instrumento referiu que à data deste estudo, estas versões estavam somente adaptadas à população e que os estudos de validação se encontravam em curso (Anexo I). Não obstante, a aplicação da primeira versão foi sempre intervalada de forma a respeitar as recomendações de tempo estipuladas para evitar vieses (MoCA, 2017).

### **2.6.7. Questionário sobre a experiência e o programa de intervenção.**

Tendo em conta alguns objetivos e hipóteses propostos, foi integrado um questionário de autorrelato na aplicação do segundo protocolo sobre a opinião dos participantes que realizaram a intervenção acerca da vivência, do impacto e da estrutura do programa de intervenção (adequabilidade aos propósitos), incluindo também as sugestões de melhoria (Anexo C). Este instrumento será doravante designado por QEP.

A tarefa de construção dos questionários implicou uma pré-análise da revisão bibliográfica realizada, que, por sua vez, conduziu ao estabelecimento dos objetivos e hipóteses já referidos; e, por conseguinte, ao desenvolvimento de um conjunto de questões (semiabertas e fechadas) que possibilitassem estabelecer índices (menção dos temas nas mensagens) em função desses objetivos e hipóteses; e obter indicadores para organizá-los sistematicamente (que no caso da análise quantitativa que se pretende realizar sobre os dados qualitativos, corresponde à frequência em que os temas são enunciados) (Bardin, 2014). Por outro lado, algumas perguntas do questionário tiveram origem no objetivo do autor do estudo em apurar como foi percebida a estrutura do programa por ele desenvolvido, de forma a poder realizar as adaptações e melhoramentos futuros.

Assim, para os P/Agentes e P/Alvo as questões dirigiram-se aos seguintes aspetos principais: experiências pessoais (vantagens e desvantagens sentidas, quando se encontram envolvidos em tarefas que englobam novas aprendizagens, dinâmicas, papéis e novos contatos sociais); avaliação do programa (aspetos positivos e negativos do mesmo); permanência ou abandono do estudo [Razões de continuidade (experiências pessoais ou avaliação do programa), Razões de abandono (experiências pessoais ou avaliação do programa)]; sugestões; recomendação do programa a outrem [positiva (experiências pessoais ou avaliação do programa), negativa (experiências pessoais ou avaliação do programa)]. Relativamente à perceção do impacto do programa (perdas, permanência, ganhos), no caso dos P/Alvo a autoperceção foi operacionalizada com as respetivas capacidades referidas e no caso dos P/Agentes a hétero perceção foi através da contabilização das opções de resposta fechada referentes a cada domínio cognitivo. Além disso, no que respeita a estes últimos, houve mais uma questão dirigida ao aspeto autoavaliação (positiva e negativa) (Anexo C).

Algumas das questões comuns a ambos os questionários traduzem o tipo de informação que se pretendeu adquirir para avaliar os objetivos acabados de se enunciar: “Que vantagens sentiu em participar?”; “Que desvantagens sentiu?”; “A nível do desempenho cognitivo global, considero que a pessoa com quem estive a trabalhar, relativamente às dificuldades apresentadas no início do mesmo  piorou  manteve  melhorou?” “Após participar neste programa, sente

que as suas capacidades de memória, atenção, raciocínio, reconhecer e manusear objetos, saber datas e locais, ou seja, o funcionamento do pensamento em geral, mudaram?  pioraram  mantiveram-se  melhoraram ?”; “De modo a contribuir para o próximo programa de intervenção em estimulação cognitiva, que aspetos melhoraria este programa?” *versus* “Na sua opinião, o que mudaria para melhorar o programa?” (Anexo C).

Conforme se pode verificar pelo exemplo das versões desta última pergunta, os questionários para cada uma das amostras são praticamente idênticos no seu conteúdo e propósito. Contudo, na elaboração das questões, a sua estrutura e vocabulário foram ligeiramente diferentes, na medida em que foi necessário adaptar e torná-los mais acessíveis aos P/Alvo, devido ao seu grau de instrução e dificuldades cognitivas.

Além das subtilezas linguísticas houve duas diferenças entre ambos questionários que se prenderam com o número de questões e com o desdobramento da pergunta final (Anexo C).

Quanto ao número de perguntas, o questionário dos P/Agentes englobou uma questão suplementar para avaliar o desempenho e envolvimento destes participantes. Esta pergunta só fazia sentido para esta amostra, devido ao seu papel.

Quanto à pergunta final acerca da perceção do impacto da intervenção nos diferentes domínios cognitivos dos P/Alvo, esta foi desdobrada em subquestões para os P/Agentes e foi concretizada por uma subquestão geral de resposta aberta para que os P/Alvo pudessem exemplificar o que percecionaram. A razão desta diferença estrutural deve-se ao facto de que os P/Agentes, além de mais instruídos, receberam uma formação teórico-prática que lhes transmitiu conhecimentos para responder de forma mais precisa a este tema. De facto, para comparar a perceção mais específica a respeito do impacto da intervenção no funcionamento cognitivo dos P/Alvo, foi preciso retirar os exemplos dados por estes participantes, de forma a conseguir aceder e codificar o domínio cognitivo latente nas respostas. Por isso, o questionário para os P/Agentes teve um total de oito questões enquanto o questionário dos P/alvo teve um total de sete questões.

## **2.7. Procedimento**

Neste capítulo serão explicados os passos executados para a concretização desta investigação. Convém referir que, enquanto a maior parte teve um encadeamento sequencial, algumas ações, pela sua natureza, foram realizadas em simultâneo ou em momentos diferentes. Para facilitar a compreensão dos diversos procedimentos, dividimo-los em procedimentos preliminares e procedimentos durante os três momentos do estudo. Esta divisão permite

distinguir todas as ações preparatórias para a realização da investigação das que decorrem durante os três momentos em que se alicerçam os objetivos do estudo.

### **2.7.1. Procedimentos preliminares.**

Conforme explicado no subcapítulo Programa de Intervenção, a iniciativa que originou este estudo e a criação do programa de intervenção partiu da motivação do autor e da sua experiência pessoal prévia junto da população sénior.

O primeiro passo consistiu na realização de uma extensa pesquisa bibliográfica. Em seguida, foram efetuados alguns contatos informais junto de corpos diretivos e utentes de duas US e dois CD para fazer o levantamento de necessidades. A partir daí foi elaborado o desenho de investigação e a respetiva redação do projeto que vieram depois a ser submetidos à Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL). Em simultâneo, foram efetuadas novas pesquisas direcionadas para a construção e desenvolvimento da intervenção.

Enquanto o processo para obtenção do aval por parte da Comissão de Ética decorria, foi solicitada uma declaração ao Departamento da Faculdade de Psicologia para comprovar a tutela do projeto deste estudo (Anexo J), de forma a poder começar a realizar contatos prévios com as US e com os CD que viriam a ser convidados a integrá-lo. Seguidamente, foram iniciados os contactos com os membros das direções destas instituições para agendar reuniões e dar a conhecer o projeto e as suas finalidades. Estes contactos preliminares, que duraram cerca de nove meses. Nesta primeira abordagem foi feita a ressalva de que ainda se esperava o parecer favorável da Comissão de Ética da UAL (Anexo K) e que só depois da sua obtenção se iriam iniciar os contactos diretos com os alunos e utentes destas instituições, com vista à divulgação e recrutamento para o mesmo.

Em paralelo, solicitou-se às autoras do livro no qual se basearam a maior parte dos exercícios de TC a autorização para recurso aos mesmos (Anexo G). Subsequentemente, foi pedido a dois peritos,<sup>31</sup> que trabalham com programas de IC, um parecer acerca do programa, nomeadamente sobre a formação teórico-prática e sobre o desenho das sessões de EC/TC (Anexo H). Também neste período, foram simultaneamente solicitadas as autorizações aos autores que validaram as escalas e o teste de rastreio cognitivo que seriam aplicados aos participantes. À exceção da escala PANAS, cujo aval foi concedido pessoalmente pela coautora do estudo de validação, todas as autorizações relativas à utilização desses instrumentos encontram-se no Anexo L.

---

<sup>31</sup> Peritos nas áreas de Psicologia Clínica, Psicogerontologia e Neuropsicologia.

Terminados estes trâmites preliminares, o estudo progrediu para uma segunda fase de procedimentos, a qual culminou com a obtenção do aval da Comissão de Ética da UAL (Anexo K). Todos os procedimentos preliminares tiveram uma duração de cerca de um ano.

### **2.7.2. Procedimentos durante os três momentos do estudo.**

Conforme se pode constatar na figura 1, o estudo envolveu três momentos distintos: pré intervenção (M1); pós intervenção (M2); *follow up* (M3). Cada um deles integra diferentes fases que, por sua vez, englobam diferentes etapas. Entre o M1 e o M2 decorreu o período de intervenção para os GE de ambas as amostras, enquanto os participantes dos GC não receberam intervenção. Entre o M2 e M3 decorreu um período sem intervenção para ambos os grupos das amostras. Atendendo à complexidade deste desenho e ao facto de que o estudo contempla duas amostras, a explicação dos procedimentos foi organizada de acordo com as diferentes fases de cada um dos momentos, de forma a facilitar a compreensão dos mesmos.

Contudo, ainda que o rigor científico implique que sejam explanados todos os procedimentos de cada um destes momentos e fases para possibilitar a réplica do estudo, os subcapítulos relativos aos procedimentos comuns a ambas as amostras do M1 serão apenas referidos sucintamente e a sua explicação detalhada, conjuntamente com a explicação acerca dos procedimentos específicos para cada uma das amostras, serão remetidas para o relatório de procedimentos do M1 (Anexo M). O motivo desta opção prende-se com duas ordens de fatores. Em primeiro lugar, muitos dos procedimentos do M1, como os que foram seguidos na fase de recrutamento, não têm uma influência direta no que respeita aos objetivos e hipóteses propostos, dado que se referem às fases anteriores à distribuição aleatória e à constituição dos pares do GE dos P/Agentes e P/Alvo. Ou seja, traduzem-se em ações que apesar de serem importantes para a réplica do estudo, enquanto processo preparatório para chegar aos participantes definitivos, não constituem os passos tomados aquando do trabalho desenvolvido com as amostras. Em segundo lugar, a razão desta organização justifica-se pelo facto de que para o M1 a explicação dos procedimentos teve de ser feita separadamente para cada uma das amostras, uma vez que a concretização das fases comuns que integram este primeiro momento implicaram etapas e passos distintos, tendo em conta as vicissitudes inerentes às características dos participantes e das respetivas instituições. A consulta da figura 1 (no subcapítulo Tipo de Estudo), aliada à consulta da figura 2 que se encontra abaixo, permitem, conjuntamente, aceder à representação dos diferentes momentos e das especificidades relativas a cada uma das amostras que as diferentes fases do M1 implicaram.

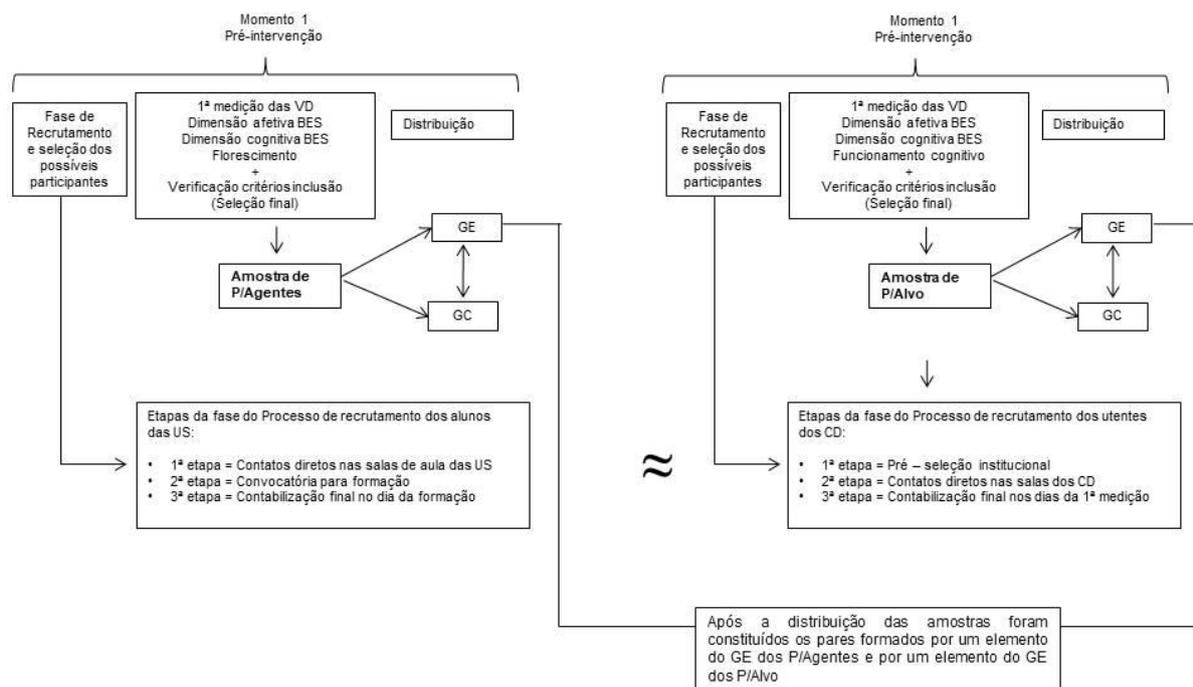


Figura 2 - Representação gráfica do Momento 1 – Pré-intervenção: VI – Variáveis Independentes; VD – Variáveis Dependentes; P/Agentes – Participantes Agentes; P/Alvo – Participantes Alvo; GE – Grupo Experimental; e GC – Grupo de Controlo

Assim sendo, em seguida apresentam-se os subcapítulos relativos aos procedimentos para cada um dos diferentes momentos.

### 2.7.2.1. Procedimentos para as duas amostras durante o momento 1 – pré intervenção.

O M1 teve início quando foi obtido o aval por parte da Comissão de Ética (Anexo K) (Outubro 2015). A partir daqui, realizaram-se novos contatos com as direções das instituições, para estabelecer a forma e os dias em que o autor do estudo iria dar início aos contatos diretos com os alunos das US e utentes dos CD e, por conseguinte, a todas as fases e as respetivas etapas que compõem este momento. No seu conjunto, o M1 durou cerca de dois meses, sendo que o mesmo integrou fases comuns e, por sua vez, cada uma delas implicou etapas e procedimentos específicos para cada uma das amostras.

Na fase de recrutamento, tanto com os alunos das US, como com os utentes dos CD houve uma etapa de contato direto para a apresentação do estudo e convite à participação. Porém, esta etapa não foi coincidente em termos de sucessão (Anexo M), porque, para os utentes houve uma pré-seleção institucional atendendo aos critérios de inclusão previamente transmitidos aos CD, a qual foi realizada com base nos registos clínicos de cada instituição. Como aspeto comum, realça-se que durante estas apresentações a todos os possíveis participantes foram seguidas as ações para cumprir os requisitos éticos exigidos pela APA (2010) e pela Comissão

de ética da UAL, nomeadamente: explicação do estudo; regras de inclusão e funcionamento; liberdade de participação e abandono; confidencialidade e anonimato.<sup>32</sup> Quanto aos aspetos distintos dentro da etapa, enquanto nas US para os contatos diretos foram necessários vários dias para que autor do estudo pudesse dirigir-se às diferentes salas de aulas de cada instituição para ter a oportunidade de contactar os alunos, nos CD em geral este processo foi mais rápido, na medida em que as instituições, à exceção de algumas ausências, conseguiam reunir todos os utentes numa única sala. Finalmente, quanto ao processo de contabilização final dos candidatos, enquanto para os alunos este foi realizado num dia só (antes da aplicação do primeiro protocolo), no caso dos utentes foi acontecendo durante os diferentes dias da aplicação, isto é, sobrepôs-se à segunda fase do M1.

No que concerne à fase da primeira recolha de dados e à verificação dos critérios de inclusão, sublinha-se que tanto aos alunos como aos utentes candidatos foi aplicado o primeiro protocolo antes da intervenção. Para aqueles que viessem a cumprir tornando-se P/Agentes e P/Alvo, este primeiro protocolo, também serviu para a recolha das VD no M1. Com P/Agentes, a recolha e verificação dos critérios de inclusão concretizou-se num único dia com todos os candidatos definitivos reunidos, os quais responderam a todos os elementos do protocolo, enquanto com os utentes as recolhas implicaram sessões individuais nos gabinetes dos CD, na medida em que integrava um teste de rastreio cognitivo, cujo preenchimento não dependia integralmente dos mesmos. Quanto às fases de constituição e distribuição aleatória das amostras, tanto a amostra de P/Agentes como a de P/Alvo foram constituídas pelos elementos que cumprissem os respetivos requisitos estabelecidos e foram alvo de sorteio para a formação dos GE e dos GC, tendo esta fase demorado mais tempo para os P/Alvo devido às recolhas terem sido efetuadas individualmente.<sup>33</sup>

#### ***2.7.2.2. Procedimentos para as duas amostras durante o período de intervenção.***

Quando a constituição e distribuição aleatória dos P/Avo foi encerrada, o estudo atingiu o fim do M1. A constituição de pares resultantes do emparelhamento de P/Agentes e P/Alvo dos

---

<sup>32</sup> Foram explicados oralmente os objetivos, a duração prevista e os procedimentos do estudo. Também foram informados acerca da total liberdade para aceitar ou recusar participar e mesmo para abandonar o estudo em qualquer momento, sem nenhuma penalização. Igualmente, foram explicadas as garantias de confidencialidade e anonimato e foi ainda fornecido o contacto do investigador, para poderem comunicar sempre que lhes surgisse alguma dúvida ou questão (APA, 2010). Além disso, para não defraudar as suas potenciais expectativas, foi referido a todos os candidatos interessados que, por um lado, a participação no programa dependeria do cumprimento dos critérios de seleção que seriam aferidos pelo primeiro protocolo e, ainda, do resultado de um sorteio que teria lugar no fim das aplicações do mesmo. Por outro lado, também foi referido que a realização de um segundo programa para aqueles que viessem a integrar o grupo que não participaria (GC) não era garantida e que esta só teria lugar se e quando estivessem reunidas as condições para esse efeito.

<sup>33</sup> Contudo, houve também procedimentos específicos durante estas fases. Por exemplo, a amostra de P/Alvo foi constituída atendendo ao número dos P/Agentes disponíveis e o excesso de participantes que acabou por ter lugar originou o grupo de P/Alvo em “bolsa” para a eventualidade de se ter de proceder a alguma substituição antes do início das sessões. Além disso, o sorteio dos P/Alvo não incidiu sobre a totalidade destes participantes mas sobre a totalidade dos conjuntos que cada CD detinha. Este procedimento foi necessário para corresponder às limitações de espaço dos locais de intervenção e à exigência de representação de cada um dos CD, que se encontravam distribuídos em diferentes áreas, para facilitar as deslocações dos P/Agentes, os quais enquanto voluntários tiveram que custear as suas próprias deslocações e residiam em diferentes áreas da mesma circunscrição administrativa.

GE teve de ter em conta a questão da proximidade geográfica, uma vez que os P/Agentes teriam de custear as suas deslocações aos CD. Para tal, nos dias antecedentes ao dia da primeira sessão, foram realizados novos contatos com todos os P/Agentes do GE para convocá-los a comparecer nesse dia, tendo-se voltado a explicar que todos poderiam escolher determinado CD para facilitar as suas deslocações, mas ressalvando que a escolha dependeria dos *numerus clausus* que cada CD podia abarcar e que em caso de impossibilidade, todos os CD, dentro do Concelho, sobre os quais os P/Agentes poderiam expressar preferência distariam pouco entre si (inferior a dois Km).<sup>34</sup>

À medida que as vagas dos CD iam sendo preenchidas, foram sendo realizados os sorteios para emparelhar os P/Alvo e os P/Agentes que correspondessem a um determinado CD. Porém, antes do início das sessões, algumas direções dos CD contactaram o autor do estudo alertando para situações que constituíam abandono do mesmo, resultantes quer de óbitos, como de transferências repentinas de instituição.<sup>35</sup> Dado que a intervenção ainda não tinha iniciado e que nem toda a distribuição dos pares por CD tinha sido globalmente finalizada, recorreu-se a um novo sorteio nos conjuntos de P/Alvo em “bolsa” para colmatar estas situações de abandono. Dois dias depois da finalização do emparelhamento, iniciaram-se as sessões de intervenção, que implicaram uma série de procedimentos cuja explicação se segue.

Os seis CD onde iria decorrer a intervenção foram previamente divididos em dois grupos cujo horário de início das sessões diferiu entre si. Deste modo, enquanto três CD iniciavam-nas às 09h30, os outros três começavam-nas às 11h15. Esta distribuição horária foi estipulada atendendo não só ao ciclo de atividade das instituições, mas também pela necessidade da presença dos três elementos da equipa de Psicologia, que pela dimensão da mesma, tiveram de se desdobrar para que cada elemento pudesse acompanhar o desenrolar das atividades em dois CD, cada um com horários diferentes.<sup>36</sup>

No primeiro dia, o plano de sessões contemplou menos exercícios e tarefas para proporcionar maior tempo para o elemento da equipa se reunir com os P/Agentes, de forma a introduzi-los às instituições respetivas (e.g. apresentar os funcionários responsáveis das instituições, as salas) e poder abordar todas as situações e questões preliminares ao início das atividades. Também foi efetuada uma revisão dos planos das sessões e das recomendações para a aplicação dos

---

<sup>34</sup> Assim, os P/Agentes que fossem provenientes da US1 teriam preferência a poder escolher participar nos CD 2, 3 ou 5 para facilitar as suas deslocações. Da mesma forma os que provinham das US 2 e 3 poderiam preferencialmente escolher participar nos CD 1, 4 ou 6.

<sup>35</sup> Estes casos reportaram-se a dois P/Alvo do GE e quatro do GC.

<sup>36</sup> O autor do estudo, enquanto elemento da equipa, teve um papel diferente dos demais. Para além da responsabilidade de toda a coordenação das sessões, o seu papel de supervisor correspondeu a uma ação desdobrada, na medida em que, em cada um dos dias das sessões, esteve presente rotativamente em cada uma das instituições para acompanhar os pares e os outros três elementos da equipa.

exercícios e atividades ministrados na formação (Anexo F).<sup>37</sup> Além disso, também foram lembrados os cuidados éticos e as regras exigidas pelos CD. O resto da sessão foi dedicado à apresentação aos P/Agentes dos seus respectivos pares e à execução do plano de atividades previsto para aquele dia. Também foram lembrados os horários das sessões e das reuniões preliminares com o elemento da equipa de Psicologia e que este estaria presente pelo menos 50 minutos em cada sessão, circulando nas diferentes salas. Acresce que foram fornecidos os contatos dos elementos da equipa ao respetivo conjunto de P/Agentes, com a finalidade garantir e reforçar a presença e o apoio necessários.

Conforme se pode ver no subcapítulo – programa de intervenção – e no Anexo F, o desenho do programa contemplava oito módulos, sendo cada um composto por duas sessões semanais. Contudo, o período estipulado para a duração do programa em termos globais foi mais extenso. Primeiramente, porque as sessões começaram no início do mês de Dezembro, o que implicou uma pausa para as festividades natalícias. Em segundo lugar, porque foram estabelecidas duas semanas suplementares tendo em conta a regra de funcionamento do programa que contemplava a admissão de quatro possíveis ausências, de forma a dar oportunidade à realização das sessões de substituição.<sup>38</sup> Assim sendo, a duração global do período de intervenção atingiu em alguns casos nove ou 10 semanas.

### ***2.7.2.3. Procedimentos para as duas amostras durante o momento 2 – pós intervenção.***

À medida que os pares foram concluindo as sessões, começaram a realizar-se as segundas recolhas de dados, iniciando o M2.

Relativamente ao período de aplicação, a extensão da sua duração para a globalidade dos participantes foi de cerca de seis semanas. Quanto às datas de aplicação, foram estabelecidos diferentes dias tanto para os P/Agentes como para os P/Alvo. Além disso, no M2, as segundas recolhas começaram por estes. Quanto ao momento das segundas aplicações aos P/Alvo, este foi sendo realizado, à medida que os participantes do GE desta amostra terminavam a última sessão de intervenção. Assim, nesses mesmos dias e nos dias subsequentes, tanto estes participantes como os que ficaram no GC iam sendo chamados gradualmente. Para além de nem todos os pares terminarem as sessões em simultâneo, também o facto de que a disponibilidade dos gabinetes variava em cada CD levaram a que as aplicações decorressem em dias diferentes. Após três semanas de recolhas nos CD junto dos P/Alvo, realizaram-se novos

---

<sup>37</sup> Tanto os planos das sessões como o guião que sumariava as regras e recomendações, constavam nas pastas personalizadas para cada par e também foram fornecidos previamente via correspondência eletrónica aos P/Agentes.

<sup>38</sup> É preciso reforçar que este número limite e a possibilidade de concretizar algumas sessões num momento posterior não afetavam o efeito do programa, na medida em que a própria composição das tarefas entre as sessões previa uma certa flexibilidade e articulavam diferentes funções cognitivas.

contactos convocando todos os P/Agentes para a segunda aplicação. Foram agendados três dias diferentes para os participantes do GE, e seis dias para os do GC. Desta forma, em cada um dos três dias, os P/Agentes do GE que estavam atribuídos a dois CD com carga horária diferente reuniram-se todos no respetivo CD, para que lhes fosse aplicado o segundo protocolo e os para os P/Agentes do GC foram marcadas duas datas em cada uma das três US, sendo que num dia a recolha foi efetuada no último horário da manhã e no outro no último horário da tarde. A marcação de duas datas e a flexibilidade horária visou proporcionar maior oportunidade a estes participantes que mais distanciados do estudo durante a intervenção.

Conforme já explicado, a concretização da aplicação dos segundos protocolos implicou o seguimento de procedimentos específicos. Nessa medida, os segundos protocolos foram compostos por elementos comuns para serem aplicados a todos os participantes de cada amostra, nomeadamente, novas questões sociodemográficas e os instrumentos de medida selecionados (Anexo C). No caso dos participantes GE de ambas as amostras, o protocolo que lhes era destinado contemplava um elemento adicional, isto é, o QEP anteriormente referido.

Quanto aos P/Alvo o método de aplicação seguiu os mesmos moldes estipulados para o M1. No que concerne ao QEP destinado apenas aos P/Alvo do GE, a sua recolha constituiu o momento final da recolha de dados. O tempo de aplicação manteve a duração de cerca de 45 minutos para o GC e foi cerca de 65 minutos para o do GE, devido ao QEP. Para os P/Agentes, o método da segunda recolha foi idêntico ao adotado no M1 (Anexo M). O tempo de aplicação manteve a duração de cerca de 30 minutos para o GC e prolongou-se cerca de 20 minutos para o GE, devido ao QEP.

O M2 foi ainda marcado por procedimentos éticos e de garantia de objetividade do estudo, comuns a todos os participantes, nomeadamente o respeito do intervalo de tempo entre aplicações, o anonimato dos dados e a independência e distância do aplicador. No que respeita ao período de intervalo entre as primeiras e as segundas recolhas, este correspondeu a pelo menos três meses, de forma a satisfazer as exigências de aplicação dos instrumentos, de modo a não criar habituação/aprendizagem e, por conseguinte, vieses nas respostas.<sup>39</sup> Quanto à independência e distância do aplicador, o procedimento seguido em todas as segundas recolhas consistiu no facto de que estas fossem levadas a cabo por um elemento da equipa de Psicologia que não aquele que havia ministrado o primeiro protocolo a determinado participante, nem aquele que fosse o supervisor responsável por determinado grupo de participantes do GE distribuídos no CD. De forma a garantir a objetividade dos dados para as análises que vieram a

---

<sup>39</sup> No caso dos P/Alvo, uma vez que as aplicações foram graduais, a equipa de Psicologia socorreu-se de uma lista onde foram apontadas as datas de aplicação a cada participante para verificar o cumprimento do intervalo de tempo exigido.

efetuar-se, nos dias em que as recolhas foram realizadas, os elementos da equipa assinalaram os protocolos com as mesmas codificações feitas no M1, mantendo assim o anonimato dos participantes, aquando da inserção e tratamento dos dados (Anexo M).

#### ***2.7.2.4. Procedimentos para as duas amostras durante o período sem intervenção.***

Nos momentos finais das aplicações, após os agradecimentos pela participação, foi lembrado a todos os participantes que ainda se faria uma terceira recolha findos os três meses após o término da intervenção. Também foi reforçado que durante este tempo, os pares dos participantes dos GE não podiam voltar a realizar as atividades que finalizaram. Este procedimento teve o intuito de garantir que os dados das últimas recolhas não sofreriam interferências que pudessem pôr em risco a análise dos efeitos da intervenção ao longo do tempo. Cerca de 15 dias antes do término do período sem intervenção, estabeleceram-se novos contactos com as instituições, com o intuito de agendar gabinetes e salas para a realização da última recolha de dados. Também foram efetuados os contactos diretos com os P/Agentes para que estes estivessem reunidos nas respetivas US nesses dias.

#### ***2.7.2.5. Procedimentos para as duas amostras durante o momento 3 – follow-up.***

Uma vez terminado o prazo de espera e tendo os agendamentos das datas, iniciou-se o M3 com a aplicação do terceiro protocolo.

A sua duração global durou cerca de quatro semanas. Esta foi mais reduzida, na medida que os protocolos apenas continham os instrumentos comuns selecionados para a medição das VD. Relativamente aos P/Agentes, as recolhas decorreram em cada uma das três US num dia específico. O método de recolha foi igual ao dos momentos precedentes e o tempo médio de autopreenchimento continuou a perfazer cerca de 30 minutos. Após as aplicações estarem concretizadas, foram realizados os devidos agradecimentos pela participação no estudo e foram feitos alguns esclarecimentos a pedido dos CD onde colaboraram. Assim, foi explicado aos P/Agentes do GE que caso desejassem voltar a colaborar nos CD, deveriam contactar os responsáveis das instituições para coordenar as possíveis tarefas de voluntariado que quisessem integrar ou propor. Quanto aos P/Alvo, as aplicações tiveram lugar nos gabinetes dos CD, durante as quatro semanas e o método de recolha seguiu os mesmos parâmetros dos momentos precedentes. À semelhança do que sucedeu com os P/Agentes, à medida que se terminavam as aplicações foram feitos os agradecimentos pela participação no estudo. Também no M3, continuou-se a seguir a regra da independência e distância do aplicador e no seguimento das

aplicações, todos os protocolos continuaram a ser codificados, para garantir a objetividade na inserção e tratamento dos dados recolhidos.

#### **2.7.2.6. Procedimentos referentes à análise de dados.**

Tendo em conta os objetivos e as hipóteses do estudo, foram recolhidos dados quantitativos e qualitativos. Em seguida, serão explicitados os procedimentos adotados para as análises estatísticas dos dados quantitativos e, posteriormente serão referidos os passos seguidos para a análise de conteúdo dos dados qualitativos, mais especificamente a uma análise quantitativa e categorial, temática, seguindo a metodologia de Bardin (2014). O tratamento estatístico dos dados quantitativos foi efetuado com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics®, v. 24.0).

Para avaliar a consistência interna das escalas, utilizou-se o coeficiente *Alpha* de *Cronbach*. Os resultados foram considerados significativos ao nível de significância de 5% ( $p < .05$ ). Para testar a normalidade dos dados quantitativos, foi utilizado o teste *Shapiro-Wilk*. No subcapítulo 2.5.3. *Caracterização da amostra*, recorreu-se à análise de frequências (n, %) para os dados qualitativos e ao cálculo da média e desvio padrão para os dados quantitativos. A associação entre duas variáveis qualitativas nominais, foi estudada através do teste Qui-Quadrado, sempre que os pressupostos de aplicabilidade se verificaram. Quando tal não acontecia, realizou-se o teste Qui-Quadrado por simulação de *Monte Carlo* (Marôco, 2014). A comparação das subescalas e/ou escalas entre os três momentos de avaliação foi realizada com recurso ao teste ANOVA de Medições Repetidas a um fator, sempre que os pressupostos de normalidade e esfericidade de *Mauchly* eram verificados (Marôco, 2014). Nas análises foram consideradas como VD do modelo as subescalas e/ou escalas e como VI do modelo os momentos de avaliação (Momento). Quando foram detetadas diferenças estatisticamente significativas, recorreu-se ao teste de comparações múltiplas emparelhadas. Porém, sempre que o pressuposto de normalidade não se verificou, recorreu-se a técnicas não paramétricas. Assim sendo, para comparar os três momentos, utilizou-se o teste *Friedman* em cada grupo. Para comparar os grupos de cada amostra (GE e GC), em cada momento, recorreu-se ao teste *t-student* para amostras independentes, sempre que se verificaram os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias. Quando não se cumpriu somente o pressuposto de homogeneidade de variâncias, recorreu-se ao teste *t-student* com correção de *Welch*. Nas situações em que o pressuposto da normalidade não era verificado, a comparação entre os grupos foi realizada através do teste não paramétrico de *Mann-Whitney*,

Relativamente aos dados qualitativos recolhidos junto dos participantes dos GE, através do QEP, a sua análise também implicou o seguimento de vários passos. Todas as respostas aos QEP incluídos no segundo protocolo foram depois transcritas (Anexos N e P), o que possibilitou a constituição de um *corpus* que foi submetido a uma análise de conteúdo (Anexos O e Q), que se baseou no modelo de análise quantitativa e categorial temática proposto por Bardin (2014). Esta análise pressupôs a identificação de unidades de registo (UR) que pudessem ser quantificadas e incluídas em categorias correspondentes às hipóteses e aos objetivos do estudo. Para isso, foi efetuada, em primeiro lugar, uma leitura flutuante dos questionários, de modo a proceder a uma análise inicial dos mesmos, recolhendo as impressões relativas à natureza e significado da informação neles existente. O primeiro passo de codificação consubstanciou-se em sublinhar os segmentos (excertos ou frases) que, a nível semântico, fossem passíveis de corresponder a unidades de significação, isto é, que transmitissem um determinado tema capaz de ser inserido em cada uma das categorias em estudo, tendo em conta os propósitos estabelecidos (objetivos e hipóteses). Em função disso, foram, em seguida, construídas grelhas categoriais (Anexos O e Q), ou seja, tabelas – uma para cada categoria de análise – onde foram inseridas as transcrições das diferentes unidades de significação identificadas, as quais, por sua vez, foram agrupadas e classificadas em subdivisões temáticas, ou seja, UR e unidades de contexto (UC).<sup>40</sup> Posteriormente, procedeu-se à enumeração das UR, para realizar uma estatística descritiva, que consistiu na determinação das frequências absolutas e relativas de cada UR, dentro de cada subcategoria ou categoria, considerando, no final, todos os questionários conjuntos para cada uma das amostras (Anexos O2 e Q2). A precedente interpretação dos resultados baseou-se, assim, na frequência de repetição dos temas (na premissa de que o tema apresenta maior relevância para o emissor, quanto maior for a frequência com que o repete (Bardin, 2014).

---

<sup>40</sup> Unidades de registo (UR), correspondem a segmentos de conteúdo considerados como unidades de base e as unidades de contexto (UC), correspondem a unidades de compreensão de dimensões superiores às das UR.

## Parte III – Resultados

### 3.1. Apresentação dos Resultados

#### 3.1.1. Resultados quantitativos.

##### 3.1.1.1. Resultados relativos aos afetos positivos e negativos – Dimensão afetiva do BES.

Relativamente à consistência interna os resultados do presente estudo, para ambas amostras, são muito semelhantes àqueles encontrados no estudo de validação para a população portuguesa efetuado por Galinha e Pais-Ribeiro (2005b) e também aos resultados encontrados no estudo de validação da escala original para a versão de instruções do tempo de resposta “últimos dias” (Watson et al., 1988), revelando uma boa consistência interna, com valores iguais a superiores a .80. (Tabela 1).

**Tabela 1 – Consistência Interna (Alpha de Cronbach) para as Subescalas, AP e AN, da PANAS nas Amostras de Participantes Agentes e Alvo**

Subescalas	Presente estudo		Estudo da escala para a população portuguesa (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)	Estudo da escala original (Watson et al., 1988)
	Participantes Agentes	Participantes Alvo		
AP	.82	.82	.86	.88
AN	.93	.80	.89	.85

##### 3.1.1.1.1. Resultados relativos aos afetos positivos e negativos, nos participantes agentes de intervenção.

Para a comparação da subescala AP entre os três momentos de avaliação no GE, utilizou-se o procedimento paramétrico ANOVA de medições repetidas a um fator, uma vez que o pressuposto de normalidade (Tabela R1) foi cumprido em todos os momentos e porque embora não se tenha verificado a esfericidade ( $p < .05$ ), foi possível recorrer-se à estatística de Greenhouse-Geisser ( $> .70$ ; Marôco, 2014) (Tabela R2), a partir da qual se constatou que houve uma alteração significativa do AP entre pelo menos dois dos momentos [ $F(1.616, 51.724) = 16.66$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 p = .34$ ;  $\Omega = .998$ ] (Tabela R3). Por intermédio do teste de comparações múltiplas emparelhadas (Sidak) entre os momentos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o M1 e o M2 (Diferença da média – DM = -6.58,  $p < .001$ ) e entre o M1 e o M3 (DM = -4.82,  $p = .003$ ) (TabelaR4), sendo possível constatar pelas diferenças das médias, que o GE apresentou valores médios de AP mais baixos no M1 e mais elevados nos M2 e 3 tendo, no entanto, ocorrido uma ligeira diminuição do M2 para o M3.

No que respeita ao GC, para além do cumprimento do pressuposto normalidade, também se verificou a esfericidade ( $p > .05$ ) (Tabela R5), sendo por isso possível recorrer-se ao procedimento

ANOVA de medições repetidas. Depois de realizado o teste de comparação de médias constatou-se que não houve diferenças estatisticamente entre os três momentos de avaliação [ $F(2, 62) = 0.31$ ;  $p = .736$ ;  $\eta^2 p = .01$ ;  $\Omega = .097$ ] (Tabela R6).

Para comparar os grupos em cada momento, tendo em conta que o pressuposto da normalidade foi cumprido nos dois grupos, em todos os momentos (R1) e a homogeneidade das variâncias foi verificada (tabela R7), foi realizado o teste  $t$  para amostras independentes, através do qual se detetou que existiam diferenças estatisticamente significativas no M2 [ $t_{(66)} = 3.88$ ;  $p < .001$ ] e no M3 [ $t_{(63)} = 2.10$ ;  $p = .04$ ]. Embora antes da intervenção o GE tenha apresentado valores médios de AP ( $M_{M1} = 29.05$ ;  $DP_{M1} = 5.78$ ) ligeiramente inferiores ao GC ( $M_{M1} = 30.11$ ;  $DP_{M1} = 7.61$ ) (embora não estatisticamente significativos), nos dois momentos seguintes apresentou sempre valores médios de AP significativamente mais altos ( $M_{M2} = 34.57$ ;  $DP_{M2} = 4.91$ ;  $M_{M3} = 32.94$ ;  $DP_{M3} = 5.66$ ) do que o GC ( $M_{M2} = 29.36$ ;  $DP_{M2} = 6.12$ ;  $M_{M3} = 29.72$ ;  $DP_{M3} = 6.67$ ), cujos valores médios foram equivalentes nos três momentos de estudo (Tabela R7).

No que diz respeito ao AN, como o pressuposto de normalidade não se verificou em todos os momentos em ambos os grupos ( $p < .05$ ) (Tabela R1), foi necessário recorrer a testes não paramétricos para comparar o AN entre os três momentos em cada grupo e entre os grupos em cada momento. No GE, o AN alterou significativamente entre, pelo menos, dois dos momentos [ $\chi^2_F(2) = 15.43$ ,  $p < .001$ ], verificando-se, pelo teste de comparações múltiplas de *Friedman*, diferenças estatisticamente significativas entre o M1 e M2 ( $p = .001$ ) (Tabela R8). Da análise das médias das ordens (Figura 3), constata-se que no GE ocorreu uma diminuição do AN do M1 para o M2, e um ligeiro aumento do M2 para o M3, mas sem atingir o valor inicial obtido no M1. No GC, não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre os momentos quanto ao AN [ $\chi^2_F(2) = 1.20$ ,  $p = .550$ ] (Tabela R8; Figura 4).

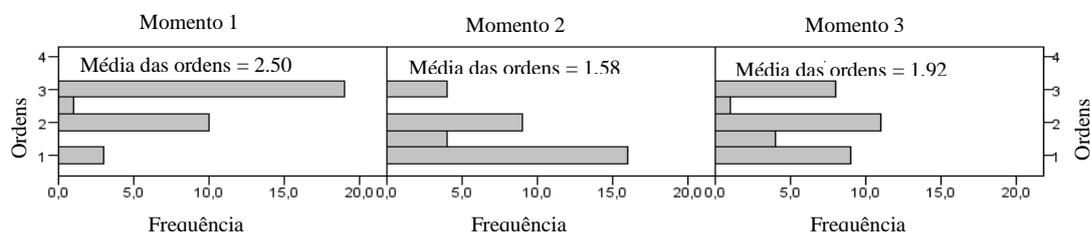


Figura 3 Histograma das Ordens do AN em Cada Momento no Grupo GE, dos P/Agentes de intervenção.

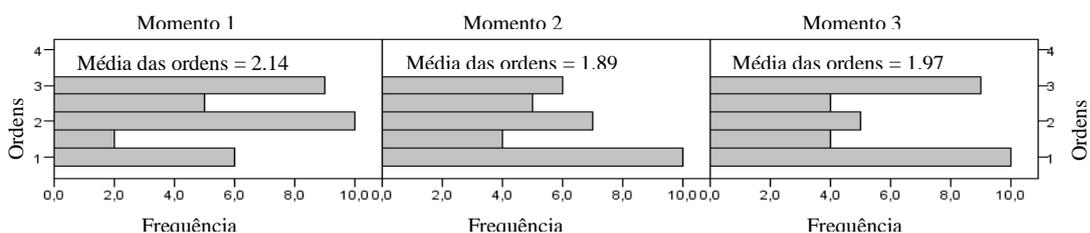


Figura 3 – Histograma das Ordens do AN em Cada Momento no Grupo GC, dos P/Agentes de intervenção.

Da comparação do AN entre os dois grupos em cada momento apenas foram detetadas diferenças estatisticamente significativas no M2 ( $U = 400.50$ ,  $W = 1030.50$ ;  $p = .028$ ,  $n_{GE} = 35$ ,  $n_{GC} = 33$ ), verificando-se que o GE (Média das ordens – MO = 29.44) apresentou valores de AN menores do que o GC (MO = 39.86) (Tabela R9). Apesar de não ter havido diferenças significativas entre os grupos nos restantes momentos, é de realçar que antes de ter havido a intervenção o GE apresentava valores de AN superiores (MO = 39.71) ao GC (MO = 35.17) e que no M3 seguiu o sentido alcançado no M2, ou seja, continuou a ter menores valores de AN (MO GE = 30.00; MO GC = 36.09).

### 3.1.1.1.2. Resultados relativos aos afetos positivos e negativos, nos participantes alvo de intervenção.

Embora se tenha verificado o pressuposto de normalidade para ambos os grupos nos três momentos (Tabela R10), para a análise comparativa entre os mesmos da subescala de AP, foi necessário recorrer tanto a testes paramétricos como a testes não paramétricos, consoante o pressuposto de esfericidade, assim como a estatística de correção *Greenhouse-Geisser* fossem ou não cumpridos.

No caso do GE, uma vez que não se cumpriu a esfericidade, nem os requisitos para a estatística de correção *Greenhouse-Geisser* (Tabela R11), recorreu-se ao teste não paramétrico de *Friedman*, através do qual foram detetadas diferenças significativas entre pelo menos dois momentos [ $\chi^2_F(2) = 21.22$ ,  $p < .001$ ] (Tabela R12). Da análise das médias das ordens (Figura 5), constata-se que no GE ocorreu um aumento significativo do AP do M1 para o M2, e uma redução significativa do M2 para o M3, mas sem atingir o valor do M1.

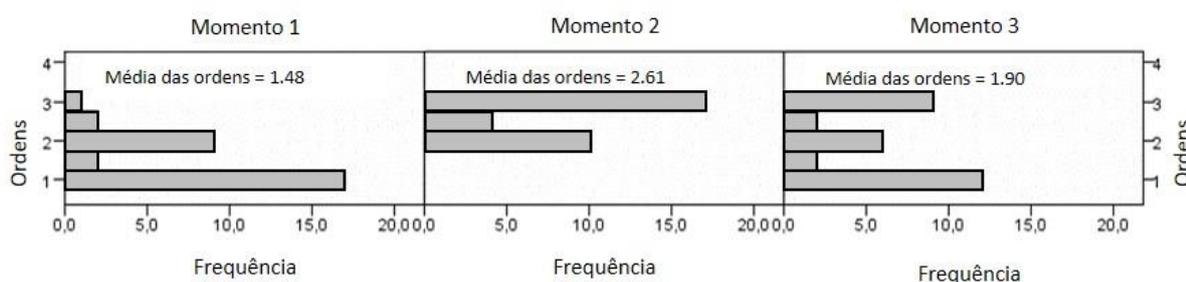


Figura 4 - Histograma das Ordens do AP em Cada Momento no Grupo GE, dos P/Alvo de intervenção.

Quanto ao GC, a comparação entre os momentos foi realizada pelo teste paramétrico ANOVA de medições repetidas, dado ter sido possível recorrer-se à estatística de correção de *Greenhouse-Geisser* (Tabela R13), através do qual não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no AP ao longo dos momentos [ $F(1.566, 46.973) = 0.76$ ;  $p = .443$ ;  $\eta^2 p = .03$ ;  $\Omega = .158$ ] (Tabela R14).

Uma vez que o pressuposto da normalidade foi cumprido nos dois grupos, em todos os momentos (R10) e a homogeneidade das variâncias foi verificada (tabela R15), a comparação do AP entre os grupos em cada um dos momentos foi realizada com recurso ao teste  $t$  para amostras independentes, através do qual se detetou que existiam diferenças estatisticamente significativas apenas no M2 [ $t_{(66)} = 5.12; p < .001$ ]. Embora no M1, os dois grupos tenham partido com valores médios de AP muito semelhantes ( $M_{GE} = 26.24, DP = 6.66; M_{GC} = 26.08, DP = 8.21$ ), após a intervenção, o GE apresentou valores médios de AP significativamente mais altos ( $M_{M2} = 31.88; DP_{M2} = 6.16$ ) do que o GC ( $M_{M2} = 24.29; DP_{M2} = 6.07$ ). Apesar de no M3 não ter havido diferenças significativas entre os grupos, é de realçar que o GE continuou a apresentar valores médios de AP ( $M_{M3} = 28.23; DP_{M3} = 6.20$ ) superiores ao GC ( $M_{M3} = 25.32; DP_{M3} = 7.12$ ) e que a descida dos mesmos face ao M2 não alcançou os valores médios obtidos no M1, onde os valores foram os mais baixos (Tabela R15).

Para a comparação da subescala AN entre os três momentos de avaliação no GE, utilizou-se o procedimento paramétrico ANOVA de medições repetidas a um fator, dado que o pressuposto de normalidade (Tabela R10) foi cumprido em todos os momentos, atendendo ao Teorema do Limite Central (Marôco, 2014) e também porque a esfericidade foi verificada ( $p > .05$ ) (Tabela R16). Através deste procedimento, constatou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos dois momentos [ $F(2, 60) = 5.11; p = .009; \eta^2p = .146; \Omega = .804$ ] (Tabela R17). A partir do teste de comparações múltiplas emparelhadas (Sidak), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o M1 e o M2 ( $DM = 3.10, p = .016$ ) (Tabela R18), sendo possível observar-se pela diferença da média, que este grupo apresentou valores médios de AN significativamente mais baixos no M2. Embora não tenham sido encontradas diferenças relevantes com o M3, é de realçar que a diferença da média entre este e o M1 revela que estes participantes apresentavam níveis de AN mais elevados antes de iniciar a intervenção.

Quanto ao GC, a comparação da subescala AN entre os três momentos, foi também realizada pelo procedimento paramétrico ANOVA de medições repetidas a um fator, tendo em conta a verificação do pressuposto de normalidade para todos os momentos (Tabela R10) e na medida em que não tendo sido verificada a esfericidade ( $p < .05$ ), foi contudo possível fazer o recurso à estatística de correção *Greenhouser-Geisser* ( $> .70$ ; Marôco, 2014) (Tabela R19). Deste procedimento, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os momentos [ $F(1.594, 47.816) = 0.72; p = .46; \eta^2p = .02; \Omega = .15$ ] (Tabela R20).

Uma vez que o pressuposto da normalidade foi cumprido nos dois grupos, em todos os momentos (R10) e a homogeneidade das variâncias foi verificada para o M1 e para o M3, o

mesmo não acontecendo para o M2 (tabela R21), para a comparação do AN entre os grupos em cada momento, foi realizado o teste *t-Student* para amostras independentes para os M1 e M3 e o teste *t-student* para amostras independentes com correção de Welch para o M2. Através destes procedimentos, detetou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas no momento M2 [ $t_{(57.855)} = -3.33; p = .002$ ] e no M3 [ $t_{(60)} = -2.17; p = .034$ ]. Embora antes da intervenção o GE tenha apresentado valores médios de AN ( $M_{M1} = 20.87; DP_{M1} = 6.18$ ) ligeiramente inferiores ao GC ( $M_{M1} = 23.61; DP_{M1} = 7.79$ ), nos dois momentos seguintes apresentou sempre valores médios de AN significativamente mais baixos ( $M_{M2} = 17.76; DP_{M2} = 4.13; M_{M3} = 19.52; DP_{M3} = 4.15$ ) do que o GC ( $M_{M2} = 22.14; DP_{M2} = 6.54; M_{M3} = 22.23; DP_{M3} = 5.59$ ), cujos valores médios foram equivalentes nos três momentos de estudo (Tabela R21).

### 3.1.1.2. Resultados relativos à satisfação com a vida – Dimensão cognitiva do BES.

Relativamente à consistência interna os resultados do presente estudo (Tabela 2), para ambas as amostras, foram muito similares aos encontrados nos estudos de validação para a população portuguesa efetuados por Neto et al. (1990) e Simões (1992), e ainda mais próximos dos encontrados no estudo de validação da escala original (Diener et al., 1985).

**Tabela 2 – Consistência Interna (Alpha de Cronbach) para a Escala SWLS nas Amostras de Participantes Agentes e Alvo.**

Presente estudo		Estudo da escala para a população portuguesa (Neto, 1990)	Estudo da escala para a população portuguesa (Simões, 1992)	Estudo da escala original
Participantes Agentes	Participantes Alvo			
.87	.89	.78	.77	.87

#### 3.1.1.2.1. Resultados relativos à satisfação com a vida, nos participantes agentes de intervenção.

Para a comparação da escala SWLS entre os três momentos no GE, utilizou-se o teste não paramétrico de *Friedman* - uma vez que o pressuposto de normalidade não se verificou ( $p < .05$ ) (Tabela R22) - através do qual foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos dois dos momentos [ $\chi^2_F(2) = 8.76, p = .013$ ]. As diferenças significativas encontradas ocorreram entre o M1 e o M2 ( $p = .046$ ) (Tabela R23). Da análise da Figura 6, é possível observar-se que, no GE, ocorreu um aumento substancial do M1 para o M2 e uma muito ligeira diminuição do M2 para M3.

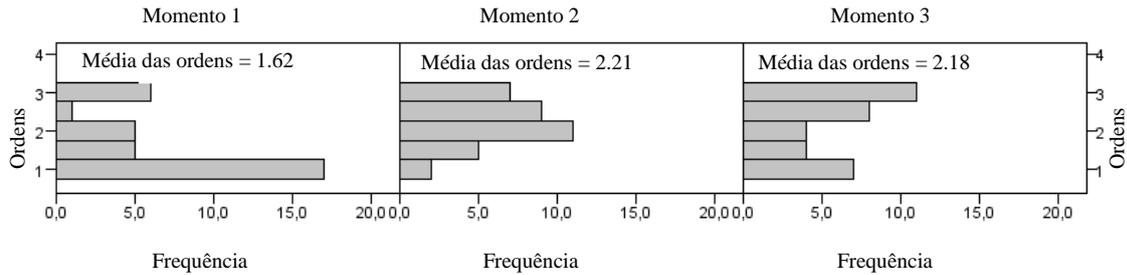


Figura 5 - Histograma das Ordens da SWLS em Cada Momento no Grupo GE, dos P/Agentes de Intervenção.

No que respeita ao GC, para além do cumprimento do pressuposto normalidade (Tabela R22), também se verificou a esfericidade ( $p > .05$ ) (Tabela R24), sendo por isso possível recorrer-se ao procedimento ANOVA de medições repetidas. Depois de realizado o teste de comparação de médias constatou-se que não houve diferenças estatisticamente entre os três momentos de avaliação [ $F(2, 62) = 2.53; p = .088; \eta^2p = .08; \Omega = .488$ ] (Tabela R25).

Dado que para os M1 e M2, em ambos os grupos foi verificado o pressuposto da normalidade (Tabela R22) e também foi assumida a homogeneidade de variâncias (Tabela R26), a comparação entre os grupos nestes dois momentos foi realizada através do teste *t-student* para amostras independentes. Quanto à comparação entre os grupos, no M3, foi necessário recorrer ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, visto que neste momento não se cumpriu o pressuposto de normalidade. Após estes procedimentos verificou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > .05$ ) (Tabelas R26 e R27). Porém, é de realçar que, embora não represente uma diferença significativa, M2 ( $M_{GE} = 19.23, DP = 3.73; M_{GC} = 17.52, DP = 4.04$ ) e no M3 ( $MO_{GE} = 36.84; MO_{GC} = 29.5$ ), o GE apresentou sempre valores de SCV ligeiramente superiores.

### 3.1.1.2.2. Resultados relativos à satisfação com a vida, nos participantes alvo de intervenção.

Para a comparação da escala SWLS entre os três momentos de avaliação no GE, utilizou-se o procedimento paramétrico ANOVA de medições repetidas a um fator, uma vez que o pressuposto de normalidade (Tabela R28) foi cumprido em todos os momentos e porque embora não se tenha verificado a esfericidade ( $p < .05$ ), foi possível recorrer-se à estatística de *Greenhouse-Geisser* ( $> .70$ ; Marôco, 2014) (Tabela R29), a partir da qual se constatou que houve uma alteração significativa da SCV entre pelo menos dois dos momentos [ $F(1.460, 43.795) = 4.33; p = .030; \eta^2p = .13; \Omega = .631$ ] (Tabela R30). Por intermédio do teste de comparações múltiplas emparelhadas (Sidak) entre os momentos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o M1 e o M2 ( $DM = -1.81, p = .047$ ) (Tabela R31), sendo

possível constatar pelas diferenças da média, que este grupo apresentou valores médios de SCV mais elevados no M2 do que no M1.

Quanto ao GC, para a comparação da escala SWLS entre os três momentos, utilizou-se o teste não paramétrico de *Friedman*, uma vez que o pressuposto de normalidade não se verificou ( $p < .05$ ), através do qual não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre os momentos [ $\chi^2_F(2) = 1.43, p = .488$ ] (Tabela R32 e Figura 7).

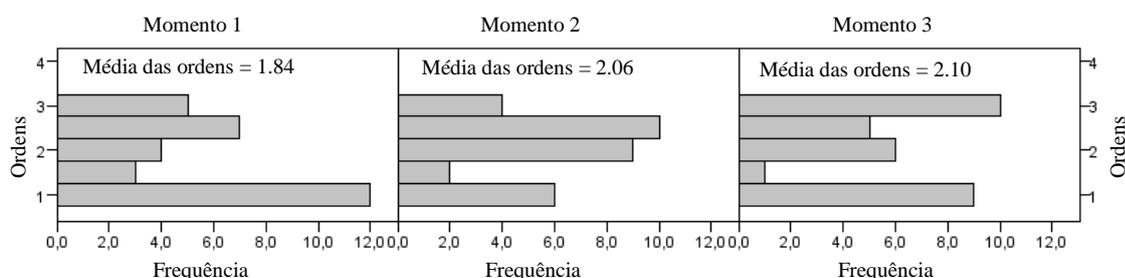


Figura 6 - Histograma das Ordens da SWLS em Cada Momento no Grupo GC, dos P/Alvo de Intervenção.

Para a comparação da SCV entre os grupos em cada momento, realizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para o M1, dado que não se verificou o pressuposto da normalidade no GC e o teste *t-student* para amostras independentes para os restantes momentos. Após a realização destes procedimentos, constatou-se não haver diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) entre os grupos nos três momentos. Porém o GE apresentou valores médios ligeiramente superiores tanto no M2 como no M3 (Tabelas R33 e R34).

### 3.1.1.3. Resultados relativos ao florescimento nos participantes agentes de intervenção.

Relativamente à consistência interna os resultados do presente estudo, para os P/Agentes, foram melhores do que os encontrados nos estudos de validação para a população portuguesa efetuados por Silva e Caetano (2013) e foram ainda mais próximos dos encontrados no estudo de validação da escala original (Diener et al., 2010) (Tabela 3).

**Tabela 3 – Consistência interna (Alpha de Cronbach) para a Escala FS – Flourishing Scale na Amostra de Participantes Agentes.**

Presente estudo	Estudo da escala para a população portuguesa (Silva & Caetano, 2013)	Estudo da escala original (Diener et al., 2010)
.91	.78 – .83	.87

Uma vez que o pressuposto de normalidade não se verificou ( $p < .05$ , Tabela R35) em ambos os grupos, com a exceção do GC no M3, para a comparação dos valores da escala FS entre os três momentos de avaliação, em cada grupo, recorreu-se ao teste *Friedman*. No GE encontraram-se alterações significativas do florescimento ao longo do tempo [ $\chi^2_F(2) = 11.40, p = .003$ ], o que significa que pelo menos um dos momentos diferiu dos restantes. Das

comparações múltiplas de *Friedman* detetaram-se diferenças significativas entre o M1 e o M2 ( $p = .033$ ) e entre o M1 e o M3 ( $p = .006$ ) (Tabela R36). Da análise da figura 8, pode constatar-se que ocorreu um aumento gradual do florescimento ao longo do tempo e que este aumento foi substancial entre o primeiro e o segundo momento.

Quanto ao GC, não foram verificadas alterações significativas da FS ao longo do tempo [ $\chi^2_F(2) = 0.85, p = .653$ ] (Tabela R36 e Figura 9).

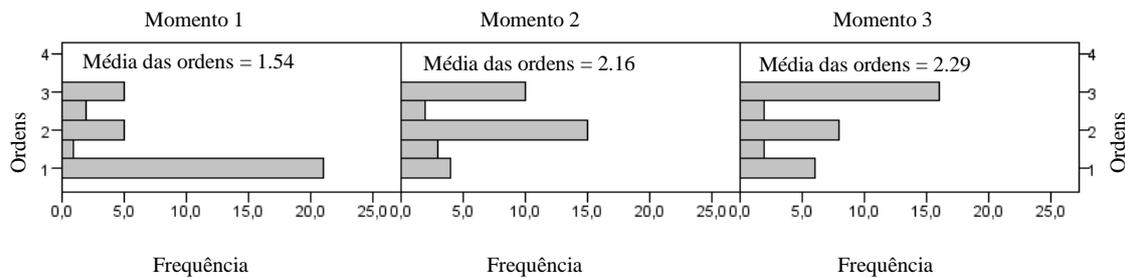


Figura 8 - Histograma das Ordens da FS em Cada Momento no Grupo GE, dos P/Agentes de Intervenção.

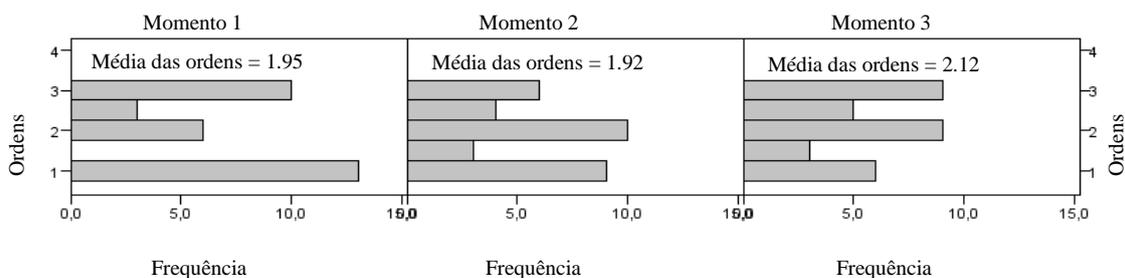


Figura 7 - Histograma das Ordens da FS em Cada Momento no Grupo GC, dos P/Agentes de Intervenção.

Para a comparação da FS entre o GE e o GC, em cada momento, utilizou-se o teste *Mann-Whitney* (Tabela R37), a partir do qual foram detetadas diferenças estatisticamente significativas no M2 ( $U = 398.00, W = 959.00; p = .027, MO_{GE} = 39.63, MO_{GC} = 29.06$ ) e no M3 ( $U = 380.50, W = 908.50; p = .035, MO_{GE} = 38.31, MO_{GC} = 28.39$ ), tendo-se verificado que em qualquer um destes momentos o GE apresentou valores da FS significativamente mais elevados que o GC. Destes resultados é possível constatar que pessoas com as mesmas características que partem de um momento inicial com valores idênticos a nível do florescimento vêm a sofrer alterações no mesmo ao longo dos diferentes momentos.

### 3.1.1.4. Resultados relativos ao MoCA nos participantes alvo de intervenção.

Nesta investigação, o MoCA apresentou uma consistência interna fraca (Tabela 4). Estes resultados podem dever-se à dimensão da amostra, baixa escolaridade dos participantes e/ou faixa etária em estudo. Aliás, em qualquer um dos estudos de validação referidos, utilizaram amostras com maior dimensão, maior nível de escolaridade e com faixas etárias mais baixas.

**Tabela 4 – Consistência Interna (Alpha de Cronbach) Para o Teste de Rastreio Cognitivo MoCA – Montreal Cognitive Assessment na Amostra de Participantes Alvo de Intervenção**

Presente estudo	Estudo do MoCA para a população portuguesa (Freitas et al., 2013)		Estudo do MoCA para a população portuguesa (Freitas et al., 2014)		Estudo da escala original (Nasreddine et al., 2005)
	DCL	DA	DCL	DV+DA+CONTROLO	
.53	.72	.82	.72	.91	.83

Nota. DCL – Déficit Cognitivo Ligeiro; DA – Doença de Alzheimer; DV – Demência Vascular.

Dado que o pressuposto de normalidade não se verificou em ambos os grupos no M1 ( $p < .05$ , Tabela R38), para a comparação dos valores do teste MoCA entre os três momentos de avaliação, em cada grupo, recorreu-se ao teste *Friedman*. No GE os valores do teste MoCA sofreram alterações estatisticamente significativas ao longo do tempo [ $\chi^2_F(2) = 21.13, p < .001$ ] o que revela que pelo menos um dos momentos difere dos restantes. Das comparações múltiplas de *Friedman* detetaram-se diferenças significativas entre o M1 e o M2 ( $p < .001$ ) e entre os M2 e M3 ( $p = .009$ ) (Tabela R39). Pode constatar-se que ocorreu um aumento acentuado dos valores do MoCA do M1 para o M2 e uma diminuição substancial do M2 para o M3 (Figura 10). Relativamente ao GC, não foram detetadas alterações significativas entre os três momentos de avaliação [ $\chi^2_F(2) = 1.16, p = .559$ ] (Tabela R39) (Figura 11).

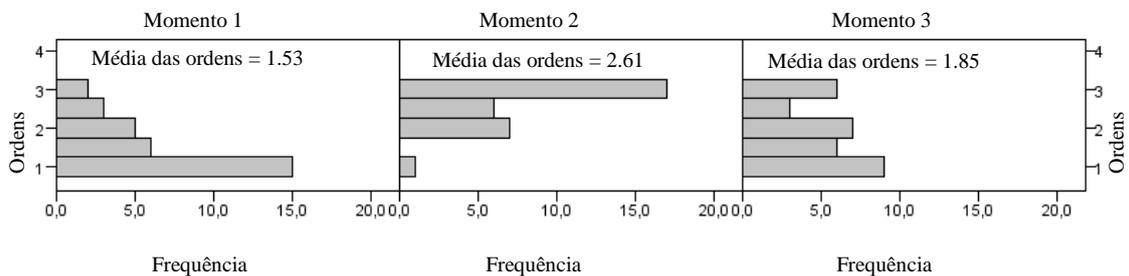


Figura 10 - Histograma das Ordens dos Valores do Teste MoCA em Cada Momento no Grupo GE, dos P/Alvo de Intervenção

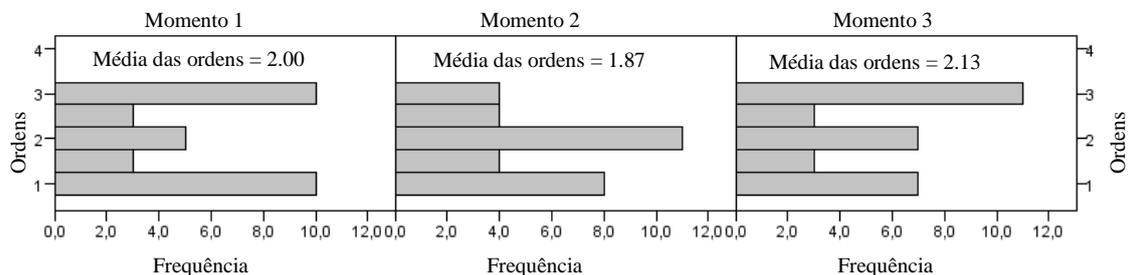


Figura 8 - Histograma das Ordens dos Valores do Teste MoCA em Cada Momento no Grupo GC, dos P/Alvo de Intervenção.

Para a comparação dos valores do MoCA entre o GE e o GC, em cada momento, utilizou-se o teste *Mann-Whitney* para o M1 (Tabela R40) e o teste *t-student* para amostras independentes para os M2 e M3 (Tabela R41). Após a realização destes procedimentos, foram detetadas diferenças estatisticamente significativas no M2 [ $t(66) = 2.98; p = .004, M_{GE} = 19.88, DP_{GE} =$

2.86;  $M_{GC} = 17.49$ ,  $DP_{GC} = 3.69$ ], tendo-se verificado que o GE apresentou valores do teste MoCA significativamente mais elevados que o GC.

### **3.1.2. Resultados qualitativos.**

#### ***3.1.2.1 Resultados relativos ao questionário sobre a experiência e o programa de intervenção dos participantes do grupo experimental de cada amostra.***

Neste subcapítulo serão reportadas as estatísticas descritivas obtidas através da quantificação das UR que foram emergindo das respostas dos participantes dos GE de cada uma das amostras ao QEP. Tais segmentos foram classificados e aglutinados em unidades de compreensão superiores, nomeadamente UC e subcategorias, que por sua vez foram também inseridas em categorias correspondentes aos objetivos e hipóteses relacionados com a recolha dos dados qualitativos. Tendo em conta que a maior frequência de repetição de temas, corresponde à maior relevância dos mesmos para os participantes, a apresentação dos resultados que serão, em seguida, explanados, incide predominantemente àqueles que evidenciaram uma maior expressão.<sup>41</sup>

##### ***3.1.2.1.1. Participantes agentes de intervenção.***<sup>42</sup>

No que se refere ao intuito de averiguar quais as vantagens e desvantagens pessoais sentidas pela participação no programa, verificou-se que através do conjunto de respostas obtidas foram emergindo uma série de indicadores positivos e negativos que consubstanciaram a categoria impacto pessoal. Tendo em conta esta categoria, a maioria das respostas (73.9%) revelaram que os P/Agentes percecionaram mais um impacto pessoal positivo, por oposição a um impacto negativo, cuja expressão foi diminuta (26.1%).

Do conjunto de vantagens referidas, o indicador que obteve um maior destaque foi o facto de os participantes sentirem-se úteis e com um papel ativo na comunidade (17.6%) (e.g., “...e gostei principalmente de sentir que estava a ajudar outra pessoa...”; “Senti-me útil.”), seguido dos indicadores: ter tido satisfação e prazer (e.g., “Gostei de participar...”; “Satisfação...”); e ter realizado novas aprendizagens (e.g., “... recompensada pela (...) aquisição de conhecimentos.”), ambos com a mesma expressão (15.7%). Apesar de um número considerável de respostas (10.8%) traduzir ausência de desvantagens, de entre as desvantagens percecionadas, a UR que maior expressão teve (66.7%), foi a interferência com outras atividades (e.g., “ Prescindir de outras tarefas”) seguido da desvantagem de consumo de

---

<sup>41</sup> Os restantes dados podem igualmente ser consultados nas tabelas que se encontram ao longo deste subcapítulo e, ainda, nos anexos O e Q.

<sup>42</sup> Os excertos das respostas ao QEP dos P/Agentes utilizados neste subcapítulo, a título de exemplo, encontram-se nos Anexos N e O.

recursos pessoais para participar (e.g., “Não ter transporte.”; “Tive alguns gastos (gasolina).”) cuja expressão foi 22.2% dentro do impacto pessoal negativo (Tabela 5).

**Tabela 5 – Análise da Categoria Impacto Pessoal – Participantes Agentes**

Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registo (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da UC dentro da categoria (%)	Frequência relativa da UR dentro da UC (%)
Impacto positivo	Sentir-se útil/Papel ativo na comunidade	18	73.9	17.6
	Novas aprendizagens	16		15.7
	Satisfação/Prazer	16		15.7
	Desenvolvimento pessoal	8		7.8
	Desenvolvimento de competências relacionais e de interajuda	3		2.9
	Convívio/atividade social	11		10.8
	Gerar motivação	4		3.9
	Eficácia no funcionamento cognitivo do próprio agente	9		8.8
	Proporcionar emoções positivas para o próprio agente	3		2.9
	Proatividade	3		2.9
	Ausência de desvantagens	11		10.8
Impacto negativo	Interferência com outras atividades	24	26.1	66.7
	Frustração no uso do material de suporte	1		2.8
	Consumo de recursos pessoais para participar	8		22.2
	Contatar com emoções negativas	3		8.3

*Nota.* Para realizar a análise quantitativa categorial temática da Categoria Impacto Pessoal, foram calculadas as frequências absolutas das UR (segmento de conteúdo a considerar) e as frequências relativas das UC (unidade de compreensão que permitiu codificar as UR) dentro da categoria e ainda as frequências relativas das UR na UC respetiva.

Conforme exposto na tabela 6, quando questionados acerca do tipo de desempenho no programa, todos os P/Agentes consideraram ter contribuído positivamente, afirmando terem sido eficientes (55.1%) (e.g., “Acho que o realizei com competência.”) e estarem envolvidos e empenhados no seu papel de agentes voluntários (44.9%) (e.g., “Dei o meu melhor...”).

**Tabela 6 – Análise da Categoria Autoperceção do Desempenho no Programa – Participantes Agentes**

Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registo (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da UR dentro da categoria (%)
Contribuição positiva	Eficiência	27	55.1
	Envolvimento/ Empenho	22	44.9

*Nota.* Para realizar a análise quantitativa categorial temática da Categoria Autoperceção do Desempenho no Programa, foram calculadas as frequências absolutas e relativas das UR nesta categoria, uma vez que apenas emergiu uma única UC.

Quanto à identificação dos aspetos positivos e negativos percebidos pelos P/Agentes, as diferentes respostas fornecidas deram corpo a uma série de indicadores que foram sendo aglomerados em UC até confluírem em três grandes subcategorias respeitantes à avaliação do programa (Tabela 7). Desta forma, muitas das respostas desta categoria prenderam-se com os aspetos relacionados com a estrutura do programa, enquanto outras relacionaram-se com as metas e com o funcionamento do mesmo. Dentro da primeira subcategoria – estrutura, cuja expressão, comparativamente às demais, teve maior peso (43.2%), os aspetos positivos relacionados com a estrutura do programa prevaleceram (70.8%) sobre os aspetos negativos (29.2%). Daqueles, os que mais se destacaram foram a ausência de aspetos negativos (41.2%) (e.g., “Não achei que tivesse aspetos negativos.”), e a diversidade ou abrangência das atividades (38.2%) (e.g., “Exercícios diversificados e abrangentes.”).

**Tabela 7 – Análise da Categoria Avaliação do Programa – Participantes Agentes**

Subcategoria	Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registo (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da subcategoria dentro da categoria (%)	Frequência relativa da UC dentro da subcategoria (%)	Frequência relativa da UR dentro da UC (%)					
Estrutura	Aspetos positivos	Diversidade/abrangência das atividades	13	70.8	43.2	38.2					
		Adequação das atividades	7			20.6					
		Ausência de aspetos negativos	14			41.2					
	Aspetos negativos	Dificuldades com a extensão das tarefas	Dificuldade com a complexidade das tarefas	4	43.2	29.2	28.6				
			Dificuldade com o manuseamento dos materiais	2			14.3				
			Repetição das atividades	2			14.3				
			Não contemplação de outras atividades	1			7.1				
			Pouca flexibilidade nas regras do programa	1			7.1				
			Pouca adequação das atividades	2			14.3				
			Poucas dinâmicas entre os pares	1			7.1				
			Metas	Cumprimento dos objetivos			Desenvolvimento de dinâmicas pró-ativas	6	31.5	100	17.1
							Desenvolvimento de relações de interajuda e envolvimento comunitário (Dimensão comunitária)	2			5.7
Desenvolvimento de relações interpessoais e promoção do convívio/atividade social (Dimensão social)	8	22.9									
Eficácia no funcionamento cognitivo	14	40									
Inovação	5	14.3									

**Tabela 7 – Análise da Categoria Avaliação do Programa – Participantes Agentes (cont.)**

Subcategoria	Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registo (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da subcategoria dentro da categoria (%)	Frequência relativa da UC dentro da subcategoria (%)	Frequência relativa da UR dentro da UC (%)
Funcionamento	Facilidades de funcionamento	Supervisão	14	60.7	60.7	82.4
		Condições Ambientais propícias	3			17.6
	Impedimentos de funcionamento	Obstáculos nas condições ambientais	9	25.2	39.3	81.8
		Incumprimento do horário por parte do P/Alvo	2			18.2

*Nota.* Para realizar a análise quantitativa categorial temática da Categoria Avaliação do Programa, foram calculadas as frequências absolutas das UR (segmento de conteúdo a considerar) e as frequências relativas das subcategorias na respetiva categoria e ainda as frequências relativas das UC (unidade de compreensão que permitiu codificar as UR) dentro de cada subcategoria e as frequências relativas das UR nas UC respetivas.

A segunda dimensão com maior expressão (31.5%) dentro da categoria avaliação do Programa correspondeu às metas que o orientaram. De acordo com os P/Agentes, os principais objetivos alcançados com a realização do programa foram a eficácia ao nível do funcionamento cognitivo dos participantes (40%) (e.g., “...verifiquei que estimula, apela muito ao desenvolvimento cognitivo.”); e o desenvolvimento da dimensão social, através da promoção de relações interpessoais e do convívio e atividade social (22.9%) (e.g., “...melhorar o relacionamento entre estranhos e entre os próprios utentes.”). Relativamente à subcategoria com menor peso – funcionamento do programa (25.2%), os P/Agentes identificaram mais facilidades (60.7%) do que impedimentos (39.3%), destacando-se o papel da supervisão como fator facilitador (82.4%) (e.g., Reuniões de coordenação com a psicóloga antes de cada sessão.”).

Quando questionados se voltariam e se recomendariam ou convidariam alguém a participar neste tipo de programa de intervenção, os P/Agentes do GE que responderam, maioritariamente (n = 31, 88.6%, e n = 34, 97.1%, respetivamente) afirmaram que sim (Tabela O1). Embora 37% das respostas correspondessem a indicadores relacionados com o impacto pessoal, a maioria dos P/Agentes alegou que as razões para continuarem ou proporem a alguém a participação prendiam-se com o mérito do próprio programa (63%), salientando as metas que consideraram terem sido alcançadas pelo mesmo (97%) e destacando de entre elas, a eficácia no funcionamento cognitivo (40.9%) (e.g., “Estimula a utente...” e o facto de a intervenção contribuir para o desenvolvimento de relações de interajuda e envolvimento comunitário (40.9%) (e.g., “Por ser um programa de interesse social para toda a comunidade.”). Apesar da diferença do peso que o impacto pessoal e o próprio programa tiveram enquanto fatores para novas adesões e recomendações, é de realçar que as UR mais salientadas dentro da subcategoria impacto pessoal foram a eficácia que os P/Agentes percecionaram no seu próprio funcionamento cognitivo (30.0%) (“e por sentir que

também foi útil para mim.”) e o facto de se sentirem úteis e com um papel ativo na comunidade (27.5%) (“Sentir-me útil à comunidade.”). Estes indicadores de vantagens pessoais, tal como as UR dos objetivos potenciados e alcançados pelo programa focam dois aspetos comuns: a eficácia e a dimensão comunitária (Tabela 8).

**Tabela 8 – Análise da Categoria Razões para Repetir ou/e Recomendar o Programa – Participantes Agentes**

Subcategoria	Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registo (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da subcategoria dentro da categoria (%)	Frequência relativa da UC dentro da subcategoria (%)	Frequência relativa da UR dentro da UC (%)	
Impacto pessoal	Impacto Positivo	Sentir-se útil/ Papel ativo na comunidade	11			27.5	
		Novas aprendizagens	4			10	
		Satisfação/prazer	8			20	
		Desenvolvimento pessoal	2			5.0	
		Desenvolvimento de competências relacionais e de interajuda	1	37.0	100	2.5	
		Gerar Motivação	1			2.5	
		Eficácia no funcionamento cognitivo do próprio agente	12			30.0	
		Proporcionar emoções positivas para o próprio agente	1			2.5	
		Aspetos positivos da estrutura	Diversidade/ abrangência das atividades	1		1.5	100
		Programa	Cumprimento dos objetivos (Metas)	Desenvolvimento de dinâmicas pró-ativas	2		
Desenvolvimento de relações de interajuda e envolvimento comunitário (Dimensão comunitária)	27					40.9	
Desenvolvimento de relações interpessoais e promoção do convívio/atividade social (Dimensão social)	7			63.0	97.0	10.6	
Eficácia no funcionamento cognitivo	27					40.9	
Proporcionar emoções positivas	2					3.0	
Promover o desenvolvimento pessoal	1					1.5	
Facilidades de funcionamento	Supervisão			1		1.5	100

*Nota.* Para realizar a análise quantitativa categorial temática da Categoria Razões para Repetir ou/e Recomendar o Programa, foram calculadas as frequências absolutas das UR (segmento de conteúdo a considerar) e as frequências relativas das subcategorias na respetiva categoria e ainda as frequências relativas das UC (unidade de compreensão que permitiu codificar as UR) dentro de cada subcategoria e as frequências relativas das UR nas UC respetivas.

Apesar da quase totalidade dos P/Agentes que responderam terem afirmado que repetiriam ou recomendariam o programa, quatro indivíduos manifestaram indisponibilidade para poder voltar a participar e um referiu que não o recomendaria (Tabela O1). Estes casos que, na

totalidade das respostas corresponderam a uma fraca expressão<sup>43</sup> (11.4% e 2.9%, respetivamente – Tabela O1), consistiram essencialmente em situações de impossibilidade devido à esfera (85.7%) e contexto pessoal (14.3%) e não com aspetos relacionados com o programa ou com os seus objetivos. As razões de impossibilidade, associadas ao impacto pessoal, prenderam-se essencialmente com o facto de que uma nova adesão implicaria interferência com outras atividades (83.3%) impossibilitando uma nova adesão (e.g., “Por excesso de atividades diárias...”). No único caso para não recomendação, o motivo alegado pelo P/Agente foi o desconhecimento de pessoas que necessitassem e que reunissem os critérios de participação (“Não conheço ninguém com perfil.”) (Tabela O2).

Relativamente às sugestões solicitadas no QEP, embora a UC manutenção do programa tenha sido a segunda dimensão com maior expressão, dos diferentes indicadores presentes nas respostas, a UR que teve mais peso (100%), isoladamente, foi a não alteração do programa, (e.g., “Por mim não seria necessário melhorar.”). De entre o conjunto de sugestões para se efetuar alterações, as relacionadas com a estrutura obtiveram um maior destaque (48.8%), comparativamente às direcionadas ao funcionamento do mesmo (20.9%) (Tabela 9). Quanto às alterações da estrutura, as UR que sobressaíram foram a inclusão de novas atividades (33.3%) (“Incluiria alguns exercícios com música.”) e simplificar ou diminuir as atividades (19%) (e.g., “Simplificaria as grelhas na medida do possível.”). No que respeita as alterações do funcionamento, os indicadores com maior repetição foram: melhorar as condições ambientais do CD e a logística (e.g., “Haver alguém na secretaria que soubesse onde e como estava a utente.”); e incrementar os materiais (e.g., “Futuramente haver mais material diversificado para trabalhar com os utentes.”). tanto uma como outra destas UR, tiveram uma expressão de 44.4% dentro das alterações no funcionamento do programa (Tabela 9).

**Tabela 9 – Análise da Categoria Sugestões para o Programa – Participantes Agentes**

Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registo (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da UC dentro da categoria (%)	Frequência relativa da UR dentro da UC (%)
Alterações na estrutura do programa	Diminuir o intervalo entre sessões	1	<b>48.8</b>	4.8
	Aumentar o número de sessões	2		9.5
	Aumentar o tempo das sessões	3		14.3
	Diminuir a duração do programa	1		4.8
	Simplificar/ Diminuir as atividades	4		<b>19</b>
	Complexificar/ Aumentar as atividades	3		14.3
	Inclusão de novas atividades	7		<b>33.3</b>

<sup>43</sup> Devido à fraca expressão, a tabela referente à análise da categoria Razões para não Repetir ou/e Recomendar o Programa dos Participantes Agentes encontra-se no anexo O (Tabela O2).

**Tabela 9 – Análise da Categoria Sugestões para o Programa – Participantes Agentes (cont.)**

Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registro (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da UC dentro da categoria (%)	Frequência relativa da UR dentro da UC (%)
	Horário	1		11.1
Alterações no funcionamento	Melhorar as condições ambientais do CD e logística	4	<b>20.9</b>	<b>44.4</b>
	Incrementar os materiais	4		<b>44.4</b>
Manutenção do programa	Não alteração	11	<b>25.6</b>	<b>100</b>
Sem opinião	Abstenção	2	4.7	100

*Nota.* Para realizar a análise quantitativa categorial temática da categoria Sugestões para o Programa, foram calculadas as frequências absolutas das UR (segmento de conteúdo a considerar) e as frequências relativas das UC (unidade de compreensão que permitiu codificar as UR) dentro da categoria e ainda as frequências relativas das UR na UC respectiva.

No que respeita à percepção dos P/Agentes respondentes relativamente ao efeito da intervenção no funcionamento cognitivo dos P/Alvo, os resultados da Tabela 10 revelam que, maioritariamente, consideraram que houve uma melhoria quer a nível global (n = 28, 80%), quer a nível específico em quatro domínios, nomeadamente a nível: da memória (n = 21, 60%); da linguagem (n = 25, 71.4%); das funções executivas (n = 25, 71.4%); da atenção, concentração e memória de trabalho (n = 28, 80%). Quanto ao domínio específico das capacidades visuoespaciais e perceptoras os P/Agentes foram da opinião de que os P/Alvo ou mantiveram (n=17, 48.6%) ou melhoraram (n = 17, 48.6%). Finalmente, no que concerne ao domínio da orientação espaciotemporal a maioria (n = 18, 51.4%) dos P/Agentes perceberam que não houve alterações (Tabela 10).

**Tabela 10 – Distribuição das Respostas às Perguntas Relativas à Percepção dos Participantes Agentes Sobre o Efeito do Programa de Intervenção no Funcionamento Cognitivo dos Participantes Alvo**

Relativamente às dificuldades apresentadas no início do programa de intervenção, considero que a pessoa com quem estive a trabalhar:	Piorou	Manteve	Melhorou	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n
A nível do desempenho cognitivo global	0 (0.0%)	7 (20.0%)	<b>28 (80.0%)</b>	35
A nível da memória	0 (0.0%)	14 (40.0%)	<b>21 (60.0%)</b>	35
A nível da linguagem	0 (0.0%)	10 (28.6%)	<b>25 (71.4%)</b>	35
A nível das funções executivas	0 (0.0%)	10 (28.6%)	<b>25 (71.4%)</b>	35
A nível da atenção, concentração e memória de trabalho	1 (2.9%)	6 (17.1%)	<b>28 (80.0%)</b>	35
A nível da capacidade visuoespacial e domínio perceptor	1 (2.9%)	<b>17 (48.6%)</b>	<b>17 (48.6%)</b>	35
A nível da orientação espaciotemporal	1 (2.9%)	<b>18 (51.4%)</b>	16 (45.7%)	35

*Nota.* Nesta tabela encontram-se explanadas as respostas relativas às percepções dos P/Agentes acerca do desempenho do funcionamento cognitivo global e do desempenho para cada domínio do respetivo P/Alvo com quem trabalharam, relativamente às dificuldades apresentadas no início da intervenção e atendendo à sistematização dos mesmos no teste MoCA. Na coluna da esquerda encontram-se as informações obtidas através das questões 8.1 a 8.2.6 do QEP dos P/Agentes e nas colunas seguintes, à direita, o número de respostas e as respetivas percentagens para cada uma das diferentes opções: “piorou”, “manteve” ou “melhorou”. Na última coluna à direita encontra-se o número total de respondentes para cada uma das questões.

### 3.1.2.1.2. Participantes alvo de intervenção.<sup>44</sup>

A análise de conteúdo das respostas do QEP aos P/Alvo acerca das vantagens e desvantagens sentidas com a participação no programa (Tabela 11) permitiu averiguar que o impacto pessoal por eles percebido foi positivo para quase a totalidade destes participantes (97.4%). Relativamente às causas deste impacto, verificou-se a existência de vários indicadores de vantagens pessoais, destacando-se de entre elas a eficácia do programa a nível do seu funcionamento cognitivo (34.2%) (e.g., “Sinto que me fez bem, porque vi que ainda tenho capacidades que pensava já não ter. Como estava sozinha e parada, não exercitava a mente e os exercícios ajudaram a estimular a cabeça.”; “Recuperei a memória e a maneira de desenhar.”). Para além desta, as outras duas vantagens pessoais mais referenciadas foram a ausência de desvantagens (20.4%) (e.g., “Não senti desvantagens nenhuma.”) e o facto de terem tido maior convívio e atividade social (13.8%) (e.g., “Foi muito bom para mim, porque estava acompanhada...”).

**Tabela 11 – Análise da Categoria Impacto Pessoal – Participantes Alvo**

Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registo (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da UC dentro da categoria (%)	Frequência relativa da UR dentro da UC (%)
Impacto positivo	Sentir-se útil/Papel ativo na comunidade	2	<b>97.4</b>	1.3
	Novas aprendizagens	9		5.9
	Satisfação/Prazer	14		9.2
	Desenvolvimento pessoal	3		2.0
	Desenvolvimento de competências relacionais e de interajuda	1		0.7
	Convívio/atividade social	21		<b>13.8</b>
	Gerar motivação	1		0.7
	Eficácia no funcionamento cognitivo do próprio alvo	52		<b>34.2</b>
	Proporcionar emoções positivas para o próprio alvo	6		3.9
	Proatividade	12		7.9
Impacto negativo	Ausência de desvantagens	31	<b>2.6</b>	<b>20.4</b>
	Interferência com outras atividades	3		75.0
	Consumo de recursos pessoais para participar	1		25.0

*Nota.* Para realizar a análise quantitativa categorial temática da Categoria Impacto Pessoal, foram calculadas as frequências absolutas das UR (segmento de conteúdo a considerar) e as frequências relativas das UC (unidade de compreensão que permitiu codificar as UR) dentro da categoria e ainda as frequências relativas das UR na UC respetiva.

<sup>44</sup> Os excertos das respostas ao QEP dos P/Alvo utilizados neste subcapítulo, a título de exemplo, encontram-se nos Anexos P e Q.

No que diz respeito às respostas destinadas à avaliação do programa, nesta amostra, estas também acabaram por ser aglutinadas em diferentes UC que, por sua vez, foram igualmente abarcadas em três grandes subcategorias, nomeadamente: a estrutura, as metas e o funcionamento do programa (Tabela 12). De entre estas três subcategorias aquela que obteve maior expressão foi a estrutura do programa, equivalendo a 50% da frequência relativa das respostas dentro da categoria avaliação do programa, sendo seguida da subcategoria metas (38.6%) e da subcategoria funcionamento do programa (11.4%).

Dentro da subcategoria estrutura (Tabela 12), os aspetos positivos representaram a quase totalidade das respostas (94.7%) comparativamente aos aspetos negativos (5.3%), destacando-se naqueles a ausência de aspetos negativos (55.6%) (e.g., “Não identifico nenhum aspeto negativo.”), que foi seguida pela adequação das atividades (e.g., “Penso que as atividades estavam bem preparadas e pensadas para a nossa situação.”) e pela diversidade e abrangência das atividades (e.g., “Estava bem feito e organizado. Tínhamos exercícios variados.”), ambos com a mesma expressão (22.2%).

Quanto à perceção das metas que orientam o programa, todos os indicadores que emergiram confluíram na dimensão cumprimento dos objetivos (Tabela 12). Tendo em conta o maior número de repetição de temas, a eficácia no funcionamento cognitivo correspondeu ao principal objetivo (40.9%) que o programa proporciona na perspetiva dos P/Alvo (e.g., “Creio que o programa é muito pertinente para as dificuldades das nossas idades...”; “Teve um objetivo adequado que era estimular as pessoas.”). Para além deste propósito, de acordo com a perceção destes participantes, os outros dois principais objetivos alcançados com a realização do programa foram o desenvolvimento de relações de interajuda e envolvimento comunitário (31.8%) (e.g., “Foi bom haver idosos a ajudar idosos, porque é mais fácil partilhar experiências com alguém que mais facilmente nos entende.”; “Creio que o programa (...) promove a ajuda entre pessoas idosas.”; “Foi bom, porque foi uma aprendizagem mútua e ajudámo-nos ao mesmo tempo.”) e o desenvolvimento de dinâmicas proactivas cuja expressão foi de 13.6% das UR (e.g., “Todos, quer dizer... manter as pessoas ativas...”).

No que concerne à subcategoria funcionamento do programa, conforme se pode constatar na Tabela 12, a maioria dos P/Alvo percecionou que houve mais facilidades (84.6%) do que impedimentos (15.4%) para o mesmo, destacando a supervisão (100%) enquanto fator promotor do bom desenrolar das atividades (e.g., “Havia uma boa coordenação dos voluntários e dos psicólogos.”).

**Tabela 12 – Análise da Categoria Avaliação do Programa – Participantes Alvo**

Subcategoria	Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registro (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da subcategoria dentro da categoria (%)	Frequência relativa da UC dentro da subcategoria (%)	Frequência relativa da UR dentro da UC (%)
Estrutura	Aspectos positivos	Diversidade/abrangência das atividades	12	<b>50.0</b>	<b>94.7</b>	<b>22.2</b>
		Adequação das atividades	12			<b>22.2</b>
		Ausência de aspectos negativos	30			<b>55.6</b>
	Aspectos negativos	Dificuldades com a extensão das tarefas	1		33.3	
		Reduzido número de sessões	1		33.3	
		Pouca adequação das atividades	1		33.3	
Metas	Cumprimento dos objetivos	Desenvolvimento de dinâmicas pró-ativas	6	<b>38.6</b>	<b>100</b>	<b>13.6</b>
		Desenvolvimento de relações de interajuda e envolvimento comunitário (Dimensão comunitária)	14			<b>31.8</b>
		Desenvolvimento de relações interpessoais e promoção do convívio/atividade social (Dimensão social)	3			6.8
		Eficácia no funcionamento cognitivo	18			<b>40.9</b>
		Inovação	3			6.8
		Facilidades de funcionamento	Supervisão			11
Funcionamento	Impedimentos de funcionamento	Obstáculos nas condições ambientais	1	<b>11.4</b>	<b>15.4</b>	50.0
		Horário	1			50.0

*Nota.* Para realizar a análise quantitativa categorial temática da Categoria Avaliação do Programa, foram calculadas as frequências absolutas das UR (segmento de conteúdo a considerar) e as frequências relativas das subcategorias na respetiva categoria e ainda as frequências relativas das UC (unidade de compreensão que permitiu codificar as UR) dentro de cada subcategoria e as frequências relativas das UR nas UC respetivas.

Perante as questões de nova adesão ou recomendação para participar neste programa de intervenção, os P/Alvo, à semelhança dos P/Agentes, maioritariamente, afirmaram que estariam disponíveis e motivados para uma nova adesão (n = 31, 93.9%) e todos (n = 33, 100%) foram unânimes em querer recomendá-lo a outros indivíduos (Tabela Q1). Também para os P/Alvo, mais do que o impacto pessoal (33.8%), o fator de peso por detrás da possibilidade de retornar ao programa ou recomendá-lo consistiu na avaliação positiva que fizeram do programa (66.2%), focando-se exclusivamente nas metas que consideraram atingir com a realização da intervenção (100%) (Tabela 13). De entre os objetivos cumpridos, os indicadores que receberam maior ênfase foram a eficácia que a intervenção proporciona no funcionamento cognitivo (52.2%) (e.g., “Porque estimula e ajuda a prevenir e a tratar as perdas cognitivas.”; “Estas actividades ajudam e as pessoas das nossas idades precisam disto, nem que seja para prevenir.”); o desenvolvimento de dinâmicas proativas (e.g., “Porque é importante manter-se ativo.”; “Porque faria bem, há pessoas aqui que (...) estão muito paradas, sem nenhuma actividade que puxe por

elas.”; “Porque há pessoas que estão aqui no centro que só veem televisão...”); e ainda o desenvolvimento de relações interpessoais e promoção do convívio e atividade social (e.g., “Porque (...) traz convívio.”; “Porque ajuda-nos (...) conhecermos e convivermos com pessoas diferentes.”).

Apesar do impacto pessoal ter recebido menor peso (33.8%) no que respeita às razões alegadas para prosseguir novamente ou propor a alguém a participação no programa (Tabela 13), é de realçar que as vantagens pessoais mais relevantes para esse efeito, foram a eficácia que os P/Agentes percecionaram no seu funcionamento cognitivo (30.4%) (“Porque (...), fez-me bem à mente...”; “Também porque foi útil para as minhas dificuldades de memória.”); o prazer e a satisfação que sentiram com a participação nas sessões de intervenção (e.g., “Porque, em primeiro lugar gostei.”); e pelo convívio e atividade social que tiveram (“Além disso, adorei o convívio.”; “...e apreciei estar com o Sr. X (voluntário) e falar com ele.”). É de notar que, para além da satisfação e prazer, os outros indicadores de vantagens pessoais, à semelhança das UR dos objetivos que os P/Alvo consideram ser proporcionados pelo programa, focam também o papel da eficácia e da dimensão social, embora a um nível de esfera pessoal (Tabela 13).

**Tabela 13 – Análise da Categoria Razões para Repetir ou/e Recomendar o Programa – Participantes Alvo**

Subcategoria	Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registo (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da subcategoria dentro da categoria (%)	Frequência relativa da UC dentro da subcategoria (%)	Frequência relativa da UR dentro da UC (%)
Impacto pessoal	Impacto Positivo	Novas aprendizagens	6			13.0
		Satisfação/prazer	15			32.6
		Convívio/ Atividade social	7			15.2
		Eficácia no funcionamento cognitivo do próprio alvo	14	33.8	100	30.4
		Proporcionar emoções positivas para o próprio alvo	1			2.2
		Proatividade	3			6.5
Programa	Cumprimento dos objetivos (Metas)	Desenvolvimento de dinâmicas pró-ativas	24			26.7
		Desenvolvimento de relações de interajuda e envolvimento comunitário (Dimensão comunitária)	3			3.3
		Desenvolvimento de relações interpessoais e promoção do convívio/atividade social (Dimensão social)	15	66.2	100	16.7
		Eficácia no funcionamento cognitivo	47			52.2
		Proporcionar emoções positivas	1			1.1

*Nota.* Para realizar a análise quantitativa categorial temática da Categoria Razões para Repetir ou/e Recomendar o Programa, foram calculadas as frequências absolutas das UR (segmento de conteúdo a considerar) e as frequências relativas das subcategorias na respetiva categoria e ainda as frequências relativas das UC (unidade de compreensão que permitiu codificar as UR) dentro de cada subcategoria e as frequências relativas das UR nas UC respetivas.

Conforme exposto na Tabela Q1 apenas dois P/Alvo afirmaram que não estariam disponíveis para uma eventual nova participação ao programa (n = 2, 6.1%) e todos (n = 33, 100%) referiram que o recomendariam a outros indivíduos (Tabela Q1). As razões apontadas para a indisponibilidade em retomar este tipo de programa prenderam-se essencialmente com o consumo de recursos pessoais para poderem participar (e.g., “Não. Porque estou com a vista muito cansada e ao fim de algum tempo de fazer os exercícios, doíam-me os olhos, mas gostei muito.”)<sup>45</sup> (Tabela Q2).

Do conjunto de respostas à pergunta sobre quais as mudanças para melhorar o programa (Tabela 14), embora em termos de unidades de compreensão superior (UC) as alterações na estrutura do programa tenha representado a maior expressão (52.2%), a UR que obteve, isoladamente, o maior número de respostas foi a não alteração ao programa (45.6%) (e.g., “Não mudava nada.”). De entre as sugestões às mudanças da estrutura, os indicadores que se destacaram foram o aumento do número de sessões (41.7%) (e.g., “Talvez mais vezes, era bom que fosse todos os dias.”; “Talvez, sessões (...) com maior frequência durante as semanas.”) e complexificar e aumentar as atividades (16.7%) (e.g., “...punha mais momentos lúdicos, como os provérbios.”; “Só fazia mais exercícios...”).

**Tabela 14 – Análise da Categoria Sugestões para o Programa – Participantes Alvo**

Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registo (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da UC dentro da categoria (%)	Frequência relativa da UR dentro da UC (%)
Alterações na estrutura do programa	Aumentar o número de sessões	10	52.2	41.7
	Diminuir o tempo das sessões	3		12.5
	Aumentar o tempo das atividades de convívio	2		8.3
	Simplificar/	1		4.2
	Diminuir as atividades			
	Complexificar/	4		16.7
	Aumentar as atividades	2		8.3
	Inclusão de novas atividades	2		8.3
Adaptação e extensão do programa a populações com necessidades especiais	2	8.3		
Alterações no funcionamento	Horário	1	2.2	100
Manutenção do programa	Não alteração	21	45.6	100

*Nota.* Para realizar a análise quantitativa categorial temática da Categoria Sugestões para o Programa, foram calculadas as frequências absolutas das UR (segmento de conteúdo a considerar) e as frequências relativas das UC (unidade de compreensão que permitiu codificar as UR) dentro da categoria e ainda as frequências relativas das UR na UC respetiva.

Relativamente a autoperceção dos P/Alvo quanto ao impacto da intervenção no seu funcionamento cognitivo global, quase a totalidade destes participantes (n = 30, 90.9%) referiu ter sentido que obteve melhorias no mesmo após a intervenção, tendo ocorrido apenas dois

<sup>45</sup> Devido à fraca expressão, a tabela referentet à análise da categoria Razões para não Repetir ou/e Recomendar o Programa dos Participantes Alvo encontra-se no anexo Q.

casos em que os participantes consideraram manter as suas capacidades cognitivas (n = 2, 6.1%) e um que considerou ter piorado (n = 1, 3.0%) (Tabela 15).

**Tabela 15 – Distribuição das Respostas à Pergunta Relativa à Percepção dos Participantes Alvo Sobre o Efeito do Programa de Intervenção no seu Funcionamento Cognitivo**

	Pioraram (n, %)	Mantiveram-se (n, %)	Melhoraram (n, %)	Total
7. Após participar neste programa, sente que as suas capacidades de memória, atenção e raciocínio (o funcionamento do pensamento em geral), mudaram?	1 (3.0%)	2 (6.1%)	30 (90.9%)	33

Quando solicitados a exemplificar como sentiram o impacto no funcionamento cognitivo, em qualquer um dos três cenários possíveis (melhoria, manutenção ou perda das capacidades cognitivas), o tema subjacente que foi mais repetido nos diferentes tipos de resposta, foi a capacidade da memória (Tabela 16). Especificamente no caso das melhorias (Tabela 16), atendendo à sistematização que o teste MoCA faz dos domínios cognitivos, para além da memória (46.3%) (e.g., “Acho que os exercícios ajudaram a melhorar os esquecimentos.”), os domínios cognitivos que obtiveram maior expressão numa ordem decrescente foram: a linguagem (16.7%) (e.g., “Melhoraram. Na medida que conseguia falar melhor e encontrar as palavras com mais facilidade.”); e a atenção, concentração e memória de trabalho (14.8%) (e.g., “...mas a atenção está melhor que antes.”). No que respeita à capacidade visuoespacial (e.g., “...a capacidade de desenhar e escrever, penso terem voltado a melhorar.”) e às funções executivas (e.g., “Tornei-me mais ágil a nível (...) do raciocínio.”), ambas tiveram a expressão de 11.1% no conjunto das respostas de melhoria. Quanto à orientação spatiotemporal, este domínio não foi refletido em nenhuma resposta fornecida pelos P/Alvo (Tabela 16).

**Tabela 16 – Análise da Categoria Autopercepção do Impacto no Funcionamento Cognitivo – Participantes Alvo**

Subcategoria	Unidades de Contexto (UC)	Unidades de Registo (UR)	Frequência absoluta dentro da categoria (n)	Frequência relativa da subcategoria dentro da categoria (%)	Frequência relativa da UC dentro da subcategoria (%)	Frequência relativa da UR dentro da UC (%)
Manutenção das capacidades	Domínio cognitivo subjacente	Capacidade visuoespacial	1	5.2	100	33.3
		Memória	2			<b>66.7</b>
Perda de capacidades	Domínio cognitivo subjacente	Memória	1	1.7	100	<b>100</b>
Melhoria das capacidades	Domínio cognitivo subjacente	Capacidade visuoespacial	6			11.1
		Memória	25			<b>46.3</b>
		Atenção, Concentração e Memória de Trabalho	8	<b>93.1</b>	100	<b>14.8</b>
		Funções Executivas	6			11.1
		Linguagem	9			<b>16.7</b>

*Nota.* Para realizar a análise quantitativa categorial temática da Categoria Autopercepção do Impacto no Funcionamento Cognitivo, foram calculadas as frequências absolutas das UR (segmento de conteúdo a considerar) e as frequências relativas das subcategorias na respetiva categoria e ainda as frequências relativas das UC (unidade de compreensão que permitiu codificar as UR) dentro de cada subcategoria e as frequências relativas das UR nas UC respetivas.

Cruzando as respostas relativas à percepção dos P/Agentes e dos P/Alvo sobre o desempenho cognitivo global destes últimos após a intervenção, a maioria dos 33 pares (n = 26, 78.8%) foram concordantes no facto de considerarem ter ocorrido uma melhoria com a mesma (Tabela 17).

**Tabela 17 – Resultados do Cruzamento das Respostas Relativas à Percepção dos Participantes Agentes e Participantes Alvo Sobre o Desempenho Cognitivo Global Destes Últimos Após a Intervenção**

		Questão 7. Do QEP dos P/Alvo <sup>b</sup>			Total
		Pioraram (n, %)	Mantiveram-se (n, %)	Melhoraram (n, %)	
Questão 8.1. do QEP dos P/Agentes <sup>a</sup>	Manteve	1 (3.0%)	1 (3.0%)	4 (12.1%)	6
	Melhorou	0 (0.0%)	1 (3.0%)	26 (78.8%)	27
Total		1	2	30	33

*Nota.* Na tabela encontram-se explanados o n e percentagem relativa ao cruzamento das respostas quanto à percepção dos P/Agentes e dos P/Alvo sobre o desempenho cognitivo global destes últimos após a intervenção.

<sup>a</sup> Questão 8.1 do QEP dos P/Agentes – A nível do desempenho cognitivo global, considero que a pessoa com quem estive a trabalhar, relativamente às dificuldades apresentadas no início do mesmo. <sup>b</sup> Questão 7 do QEP dos P/Alvo – Após participar neste programa, sente que as suas capacidades de memória, atenção e raciocínio, reconhecer e manusear objetos, saber datas e locais, ou seja, o funcionamento do pensamento em geral, mudaram?

## Parte IV – Discussão dos Resultados

De forma a facilitar a compreensão dos resultados obtidos à luz deste objectivo, a discussão dos mesmos segue a seguinte estrutura: num primeiro momento serão discutidas as hipóteses, para depois ser realizada uma discussão mais global atendendo à formulação das questões iniciais e aos objetivos do estudo.

### 4.1. Discussão dos Resultados das Hipóteses

De uma forma geral, é possível dizer que a participação dos seniores enquanto agentes voluntários neste tipo de intervenção promove o BE dos mesmos, confirmando a **H1**.

Os resultados obtidos revelam um aumento significativo dos AP e uma diminuição também significativa dos AN no GE entre o M1 e o M2 e que o mesmo não sucedeu no GC. Além desta diferença temporal, a comparação entre os grupos nos M1 e M2 de avaliação corrobora estes achados, confirmando as subhipóteses **H1A e H1B**, na medida em que antes da intervenção o GE apresentou níveis inferiores de AP e superiores de AN em relação ao GC, mas após a realização do programa este quadro inverteu-se, ou seja, o GE apresentou AP significativamente superiores e AN muito inferiores aos do GC.

Quanto à SCV, os dados demonstram que após o programa houve no GE um aumento significativo, não tendo o mesmo ocorrido no GC, que manteve resultados semelhantes entre os primeiros dois momentos. Acresce que, apesar de não ter havido uma diferença significativa entre os grupos no M2, o GE apresentou um valor médio ligeiramente superior ao GC, e a diferença encontrada neste momento foi um pouco superior à que se verificou no M1. Além disso, a falta de uma diferença significativa entre os grupos após a intervenção pode prender-se com a dimensão das amostras estudadas. Porém, atendendo às características deste constructo, a conjugação das análises intragrupo e intergrupos sugere a confirmação da subhipótese **H1C**.

A confirmação destas três primeiras subhipóteses corrobora que para os P/Agentes o programa foi eficaz no aumento do seu BES global, indo ao encontro do que é defendido noutros estudos (Chen et al., 2013; Diener, 2000; Diener & Biswas-Diener, 2000; Tov & Diener, 2013). Esta eficácia pode ser explicada atendendo ao facto de que os P/Agentes tiveram a oportunidade de realizar novas aprendizagens, teóricas e práticas, numa área que suscita especial interesse e preocupação nestas faixas etárias (Ghosh, 2017; Sousa et al., 2017) (nomeadamente as disfunções cognitivas e formas de poder fazer face às mesmas) e também porque tiveram a ocasião de poder realizar uma atividade produtiva (voluntariado) em prol da sua comunidade e ampliar a sua rede de contactos. Aliás, as novas aprendizagens e o facto de se terem sentido úteis para os outros corresponderam, ao nível dos dados qualitativos, aos

principais ganhos pessoais referidos pelos P/Agentes. Por outro lado, os resultados obtidos também podem ser justificados pela própria idiosincrasia presente nas características dos componentes do BES. De facto, a literatura tem demonstrado que o tipo de dinâmicas que os P/Agentes tiveram oportunidade de realizar dá suporte a vivências positivas capazes de influir na avaliação subjetiva das suas vidas ao nível cognitivo e emocional.

Quanto às novas aprendizagens, Cachioni et al. (2017) reiteram que maiores oportunidades de aprendizagem continuada permitem um aumento dos AP e da SCV, bem como o decréscimo dos AN, indo ao encontro de Escuder-Mollon e Cabedo (2013), que também defendem que a aprendizagem nos seniores pode aumentar a SCV. Um outro aspeto ao nível das aprendizagens que pode justificar estes resultados é que as mesmas incidiram em temas que dizem respeito à vida da população sénior e revestiram-se de um formato teórico-prático, o que, segundo Gil (2015) constituem aspetos essenciais para promover uma maior motivação e BE.

Um outro aspeto importante que justifica que o BES tenha melhorado nos P/Agentes é o facto de os mesmos terem realizado uma atividade socialmente produtiva que detém uma componente altruísta. Vários estudos constataram que o voluntariado influi no BES e verificaram que o voluntariado está associado a um aumento significativo da SCV e dos AP. Contudo, diferiram dos resultados deste estudo referentes aos AN, na medida em que não constataram uma diminuição significativa dos mesmos, justificando que este tipo de afetos não se relaciona tanto com os comportamentos pró-sociais, mas sim com acontecimentos negativos e circunstâncias pessoais (Kahana et al, 2013; Pilkington et al, 2012). Em contrapartida, Windsor et al. (2008) confirmam que os seniores que se envolvem numa prática moderada de voluntariado apresentam um BES global mais elevado do que os que não o fazem e McMunn et al. (2009) verificaram que, de entre várias atividades produtivas, o voluntariado apresentou melhores resultados no que se refere à SCV, à QV e menores níveis de depressão.

No que se refere à justificação relacionada com a ampliação de contatos que estes participantes puderam usufruir, Cho et al. (2015) sustentam que o aumento dos recursos sociais produz um aumento nos AP, enquanto Tomini et al. (2016) verificaram que a composição da rede social mais alargada está associada a uma maior SCV.

Por outro lado, a confirmação das subhipóteses **H1A**, **H1B** e **H1C** alicerça-se na multidimensionalidade e idiosincrasias dos componentes do BES (Diener, 1984; 2013; Diener & Emmons, 1984; Diener, Heintzelman et al., 2017; Diener, Lucas et al., 2018; Diener, Oishi et al., 2018; Galinha & Pais-Ribeiro, 2008; 2011; Lucas et al., 1996; Tay & Diener, 2011; Watson et al., 1988). Assim, o aumento significativo da SCV no GE no M2 merece algum relevo para a confirmação da subhipótese **H1C**, atendendo à diferença de influências e

processos subjacentes neste constructo, comparativamente ao que sucede ao nível dos afetos. De facto, a SCV tende a ser mais estável, uma vez que, na avaliação global da mesma, os juízos a ela referentes são perspetivados de forma mais consciente e refletem os objetivos e valores de vida, sendo por isso mais adstritos a uma perspetiva temporal mais longa e atenta às circunstâncias de vida marcantes (Diener et al., 2013; Galinha, 2008; Helliwell et al., 2012; 2013; 2017 Luhmann, Hofmann et al., 2012; Yap et al., 2012). Em contrapartida, as avaliações emocionais tendem a ser mais permeáveis aos estados físicos e à motivação inconsciente, podendo traduzir-se em respostas mais imediatas aos acontecimentos presentes, sobretudo quando avaliados numa dimensão temporal mais curta, isto é afetos estado, que correspondeu à forma da sua avaliação adotada neste estudo (Diener et al., 2015; Diener, Pressman et al., 2017; Galinha, 2008; Luhmann, Hofmann et al., 2012). Estas características dos componentes podem justificar que, enquanto nos afetos houve uma expressão de aumento significativa intragrupo no GE e relativa ao GC, no que se refere à SCV o aumento significativo do GE só se verificou entre os momentos. Ainda assim, esta diferença demonstra ter havido flexibilidade da SCV após a intervenção e, ainda que, comparativamente ao GC, as diferenças possam não ter sido significativas, o GE obteve melhores resultados.

De certa forma, estes achados encontram ressonância nas conclusões de Luhman, Hawkey et al. (2012), os quais salientam que a SCV, independentemente do quadro temporal avaliado, é mais propensa a sofrer e manter alterações devido a mudanças nas circunstâncias de vida marcantes (e.g. viuvez), enquanto que os afetos são mais sensíveis aos acontecimentos transitórios recentes e menos duradouros. Por esses motivos, estes autores consideram que o efeito das intervenções no BES que procuram incidir na esfera individual ao nível das atividades e comportamento têm um efeito mais notório na dimensão afetiva, o que de certa forma traduz o que aconteceu neste estudo. Além disso, a confirmação da subhipótese **H1C** encontra sustentação na análise dos dados qualitativos no que respeita aos ganhos pessoais relatados pelos P/Agentes do GE, aonde é possível constatar que um dos aspetos mais salientados foi a satisfação e o prazer com a participação numa nova atividade com esta natureza.

No que concerne à subhipótese **H1D**, os resultados encontrados através da FS também permitem a sua confirmação, na medida em que apenas no GE foi verificado um aumento do florescimento após a intervenção e também pelo facto deste grupo ter apresentado valores médios significativamente superiores relativamente ao GC nesse momento do estudo.

Estes resultados podem justificar-se tanto pela influência das atividades, como pelos aspetos que a FS integra. Contudo, a confrontação dos resultados obtidos terá de ser realizada através da comparação de intervenções e de instrumentos que apresentam uma analogia à presente

investigação, dado que não foram encontrados outros estudos semelhantes com seniores que utilizassem a FS nestas dinâmicas. Isto justifica-se porque, embora Seligman (2011b) e Diener et al. (2010) tenham realçado a necessidade de integrar o florescimento como uma medida de BE a ser tida em conta pela natureza multidimensional que possui, Araújo et al. (2017), Momtaz et al. (2016) e Nelson et al. (2016) alertam para o facto desta vertente de BE ser ainda pouco estudada.

Uma vez que a FS mede a prosperidade psicossocial, as dinâmicas que os P/Agentes tiveram a oportunidade de realizar podem justificar a confirmação desta subhipótese, nomeadamente, as novas aprendizagens e o voluntariado.

Quanto à realização de novas aprendizagens, Cachioni et al. (2017) concluem que a possibilidade de manter uma aprendizagem contínua permite o aumento do BEP, na perspetiva do modelo de Ryff (1989b), o qual serviu de base em diferentes aspetos para a FS de Diener et al. (2010) adotada neste estudo. Para além disso, os conteúdos e o formato de transmissão dos mesmos que os P/Agentes tiveram acesso podem explicar a influência positiva no seu florescimento, tendo presente os postulados de Gil (2015) que defende que os mesmos constituem características importantes para influir no BE. Além disso, Chen (2016) também conclui que a experiência do voluntariado, para além de trazer benefícios para os outros, proporciona aos próprios voluntários outros tipos de aprendizagens, competências e sabedoria que diferem da transmissão do conhecimento tradicional, sendo por isso um dos benefícios mais valorizados em termos de crescimento pessoal, o qual se encontra espelhado no florescimento.

Outra justificação para o aumento do florescimento dos P/Agentes pode consistir no facto destes terem praticado voluntariado. Esta conclusão encontra ressonância em alguns estudos. Nelson et al. (2016) verificaram que participantes adultos que se envolviam em atividades pró-sociais durante quatro semanas obtinham melhores níveis de florescimento, comparativamente aos que não se envolveram nestas atividades. Analogamente, Killen e Macaskill (2015) verificaram através de uma intervenção com base na experiência de gratidão junto de seniores ativos que os seus níveis de florescimento aumentaram após o término da mesma. Note-se que esta dinâmica de gratidão encontra reflexos na experiência de voluntariado, devido à sua componente altruística e a comparação deste estudo com a atual investigação baseia-se, não só em termos de resultados semelhantes, mas pelo facto daqueles autores corroborarem que, sendo o florescimento um constructo sensível à perceção de respeito por parte dos outros e ao sentido de competência, o mesmo é indicado para medir a experiência de gratidão e, por conseguinte, para a perceção de contribuir para a felicidade dos outros, a qual se relaciona intimamente com o voluntariado. Os estudos de Piliavin e Siegl (2007) e de Mundaca e Gutiérrez (2014) também

verificaram que seniores envolvidos em voluntariado apresentavam níveis de BEP mais elevados. Segundo aqueles primeiros autores o BEP, enquanto constructo que mede o crescimento pessoal, é mais indicado para aferir o voluntariado por esta prática, contrariamente a outras atividades sociais, poder promover um significado existencial mais forte.

Aliás, as noções de autorrealização e de promover a felicidade dos outros subjacente a um maior significado existencial também corresponderam aos principais ganhos pessoais resultantes da participação reportados pelos P/Agentes do GE, pelo que estes dados qualitativos também reforçam a confirmação da subhipótese HD1. Outros resultados qualitativos que também a suportam prendem-se com a autoperceção de eficiência e do envolvimento referentes ao desempenho por parte dos P/Agentes, que na realidade espelham aspetos presentes na FS.

Assim sendo, todos os dados obtidos apontam para a relevância que certo tipo de dinâmicas pode ter ao nível do florescimento, uma vez que pessoas com as mesmas características que partem de um momento inicial com valores aproximados de florescimento vêm a sofrer alterações no mesmo, quando inseridas em programas cuja natureza lhes proporciona a aquisição de novos conhecimentos, maior contato humano e novos papéis com utilidade social.

Relativamente à **H2**, cujo principal foco era averiguar se os seniores agentes de intervenção mantinham o impacto positivo no seu BE no momento *follow-up*, da mesma forma que os que não participaram da intervenção continuam com os mesmos níveis de BE, podemos afirmar que, no geral, a mesma se confirmou.

Relativamente às subhipóteses **H2A** e **H2B**, os resultados obtidos pela PANAS demonstram que, comparativamente ao M2, o GE apresentou apenas ligeiras alterações sem expressão estatística dos AP e dos AN no M3. Apesar de ter havido um pequeno decréscimo dos AP e de um ligeiro aumento dos AN, estas alterações não voltaram a corresponder aos resultados da pré-intervenção, onde os AP foram mais baixos e os AN mais altos, o que aponta para a existência da manutenção dos efeitos do programa ao nível dos afetos. Além destes resultados obtidos no GE ao longo do tempo, outros dois aspetos indicam este sentido. Em primeiro lugar, atendendo a uma comparação entre grupos, o GE continuou a apresentar melhores resultados dos que foram obtidos pelo GC no M3, isto é, o GE obteve valores médios de AP superiores e de AN inferiores. Além disso, o GC ao longo dos três momentos não sofreu nenhuma diferença significativa. A conjugação dos resultados obtidos demonstra que os P/agentes que realizaram a intervenção não só sofreram modificações nos afetos como mantiveram os valores passados três meses.

Quanto à subhipótese **H2C**, os dados também confirmam que o aumento significativo do nível de SCV observado no GE após a intervenção manteve-se no M3, enquanto que o GC não

sofreu oscilações ao longo dos três momentos. Outro aspeto a ser tido em conta para esta apreciação reside no facto de que, apesar de não ter havido uma diferença significativa entre os grupos no M3, o GE continuou a apresentar valores de SCV ligeiramente superiores ao GC.

A confirmação destas três subhipóteses traduz a manutenção da eficácia do programa ao fim de três meses, demonstrando que o mesmo é capaz de produzir efeitos positivos relativamente duradouros no BES. Estes resultados podem ser sustentados através da conjugação de alguns argumentos que em si não devem ser entendidos como contraditórios, nomeadamente a maleabilidade do BES quando alvo de intervenção, os efeitos que o mesmo produz e que concomitantemente nele se podem vir a refletir, e a estabilidade dos seus componentes.

De facto, a avaliação subjetiva da vida (cognitiva e emocional) é suscetível de ser influenciada por um conjunto de diferentes fatores, o que, por sua vez, permite que o mesmo seja alvo de intervenções positivas para o seu aumento (e.g. Araújo et al., 2017; Diener, Heintzelman et al., 2017; Diener, Lucas et al., 2018; Howell et al., 2016; Jiménez et al., 2016; Stone & Parks, 2018; Tay et al., 2015). Por outro lado, o aumento do BES produz uma série de benefícios individuais e coletivos ao nível da saúde (e.g. estimula a adoção de estilos de vida saudáveis), das relações sociais (e.g. contribui para a abertura relacional e para o investimento no aumento da rede social e de suporte) e societário (e.g. pessoas com níveis de BES tendem a ser mais altruístas e envolverem-se em atividades pro-sociais e nas questões cívicas, como é o caso do voluntariado). Em contrapartida, estes benefícios mantêm com o BES uma relação biunívoca de reciprocidade, sendo por isso, também, fatores que o influenciam e o podem manter (De Neve et al., 2013; Diener, 2013; Diener, Heintzelman et al., 2017; Diener et al., 2015; Diener, Lucas et al., 2018; Diener, Oishi et al., 2018; Diener, Pressman et al., 2017; Diener & Ryan, 2009; Lyubomirsky, King et al., 2005; Lyubomirsky; Sheldon et al., 2005; Moore et al., 2018, Oishi et al., 2007; Sheldon & Lyubomirsky, 2012; Tay et al., 2015). Desta interação sistémica é possível presumir-se que, como os P/Agentes tiveram acesso a dinâmicas que influenciaram positivamente os diferentes componentes do seu BES, esse aumento continuou também a ter repercussões nas suas esferas de saúde, relacional e societária, justificando a manutenção dos ganhos alcançados.

Além disso, as medidas adotadas neste estudo para medir o BES possuem uma boa estabilidade temporal (Galinha et al., 2013; Pavot & Diener, 1993). Assim sendo, permitem, não só garantir a existência dos aumentos no BES no M2, mas também confirmar que de facto não ocorreram grandes oscilações dos mesmos no M3.

Uma vez que não foram encontrados estudos de intervenção longitudinais, no âmbito do BES, com as mesmas características da presente investigação ou que incidam exclusivamente

em amostras de seniores, torna-se difícil contrastar a confirmação destas subhipótese com outras investigações. Aliás, apesar da difusão de estudos em torno do BES, a ausência de investigações experimentais e longitudinais é ainda recentemente referida por Diener, Pressman et al. (2017), Diener, Lucas et al (2018) e também por Araújo et al. (2017) e Jiménez et al. (2016), os quais mencionam a falta de IP junto da população sénior. Ainda assim, procurou-se compreender estas subhipóteses à luz dos estudos que apresentam alguma analogia.

Nelson et al. (2016) realizaram uma intervenção de quatro semanas com uma medida de follow-up duas semanas após o fim das atividades, tendo verificado que os indivíduos envolvidos em ações pró-sociais, apesar de terem aumentado substancialmente os AP e sofrido um ligeiro decréscimo nos AN, sofreram uma diminuição do efeito duas semanas após o fim das atividades. Esta diferença de resultados com o presente estudo permite presumir que o voluntariado inter pares e com uma duração superior possibilita alcançar melhores resultados e a sua manutenção.<sup>46</sup> Por outro lado, Killen e Macaskill (2015), que realizaram uma intervenção baseada na experiência de gratidão com uma duração de duas semanas e com uma medida de follow-up após 30 dias, não verificaram melhorias significativas nem manutenção ao nível dos afetos e da SCV. Apesar de estudarem uma amostra de seniores e de fazerem IP que, em alguns aspetos, podem refletir a experiência do voluntariado (componente altruística), concluíram que a mesma é mais importante para o florescimento, diferindo não só daquilo que esperavam influir no BES, mas dos dados encontrados neste estudo. Mais uma vez, isto permite a ilação de que o tipo de dinâmicas escolhidas na presente intervenção pode ter um papel determinante para o BES e a sua manutenção.

Os resultados encontrados através da FS também confirmam a subhipótese **H2D**, na medida em que no GE não houve diferenças significativas dos valores de florescimento entre o M2 e o M3. De facto, no M3 ainda houve neste grupo um pequeno aumento dos níveis de florescimento, mas estes foram próximos daqueles que já tinham sido alcançados após a realização da intervenção, o que indica a manutenção do efeito do programa nesta variável. Por outro lado, o facto de não ter havido oscilações significativas ao longo dos momentos no GC corrobora a conclusão anterior. Além disso, pela comparação entre grupos, no que se refere ao florescimento (M3), é possível comprovar-se que o GE obteve valores muito superiores ao GC, confirmando a subhipótese.

A confirmação desta subhipótese pode ser justificada, não só por a FS apresentar uma boa estabilidade temporal (Diener et al., 2010), mas também por encontrar reforço nos resultados

---

<sup>46</sup> Porém, esta ilação deve ser entendida com ressalvas, pois a investigação de Nelson et al. (2016) incidiu numa amostra de adultos, utilizou uma medida de afetos diferente e avaliou uma dinâmica pró-social distinta.

de outros estudos já referidos, nomeadamente nas investigações levadas a cabo por Nelson et al. (2016) e na de Killen e Macaskill (2015). Estas duas investigações demonstraram a possibilidade de aumento do florescimento, bem como a manutenção dos efeitos alcançados, através das medidas de follow-up.

Quanto à **H3**, de uma forma geral é possível afirmar que a participação dos seniores em atividades de EC/TC, enquanto alvos, teve um impacto positivo no BES. Os resultados revelam ter havido no GE diferenças significativas entre o M1 e o M2 na dimensão emocional do BES, nomeadamente um aumento dos AP e uma diminuição dos AN e, ainda, que o mesmo não sucedeu no GC, no qual os valores de ambos os afetos se mantiveram estáveis. Além desta diferença temporal no GE, a comparação entre os grupos no M2 permite averiguar que o GE apresentou valores médios de AP significativamente superiores e de AN significativamente inferiores, comparativamente ao GC, confirmando assim as subhipóteses **H3A** e **H3B**.

Relativamente à subhipótese **H3C**, a análise temporal realizada em cada grupo aponta para a sua confirmação, uma vez que no GE houve um aumento significativo da SCV no M2, enquanto no GC não existiram variações relevantes entre os M1 e M2.

A confirmação destas três subhipóteses demonstra que o programa foi eficaz para o aumento do BES global dos P/Alvo, contribuindo para que avaliem subjetivamente a sua QV de forma mais positiva (Diener, 2000; Diener, Lucas et al., 2018; Tov & Diener, 2013). Isto pode justificar-se tanto pelas dinâmicas nas quais os P/Alvo estiveram envolvidos, como pelas características dos componentes do BES.

Quanto às atividades, o programa incluiu sessões com dinâmicas de TC e de EC (Clare & Woods, 2004), permitindo que os P/Alvo pudessem exercitar os seus domínios cognitivos, não somente através de tarefas padronizadas, mas também por meio de atividades flexíveis com componentes de lazer e que privilegiavam a interação em grupo. Além disso, as tarefas do TC foram realizadas através de uma dinâmica interpares com outros seniores da mesma comunidade. Esta natureza complementar possibilitou, não só que os P/Alvo tivessem oportunidade de vivências sociais, como melhorar a sua saúde cognitiva, proporcionando-lhes a oportunidade de vivências positivas capazes de influir na avaliação subjetiva das suas vidas ao nível emocional e cognitivo. Estes aspetos vão ao encontro da literatura, uma vez que as IC possibilitam produzir um impacto positivo no funcionamento cognitivo dos indivíduos e melhorar a sua QV (Chandler et al., 2016; Mewborn et al., 2017), especialmente quando combinam aspetos destes dois tipos de IC e possuem uma natureza multidomínios,

privilegiando o envolvimento social, com base na importância desta dimensão para a cognição e BE (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Tardif & Simard, 2011).<sup>47</sup>

Quanto à justificação do aumento do BES relacionado com a dimensão social, devemos levar em conta que os P/Alvo, ao longo do programa, tiveram a oportunidade, não só de ampliar a sua rede de contatos e usufruir de mais momentos de convívio, mas também de aumentar a sua rede de suporte social com indivíduos da mesma comunidade e com idades aproximadas, conferindo, assim, a estas interações um cariz de maior propinquidade. De facto, a literatura tem vindo a corroborar a influência positiva destes aspetos nos diferentes componentes do BES, dando suporte aos resultados obtidos. Por exemplo, Cho et al. (2015) sustentam que o aumento dos recursos sociais (envolvimento em atividades sociais e a frequência de interação) em seniores mais velhos medeiam o papel do funcionamento cognitivo e produzem um aumento nos AP, enquanto Tomini et al. (2016) verificaram que a composição da rede social mais alargada está associada a uma maior SCV. Também Adams et al. (2011) concluíram que as atividades sociais informais, incluindo a interação com pessoas próximas e as atividades com componentes de lazer (EC), podem influir positivamente nos diferentes componentes do BES.

Um outro aspeto importante na dimensão social foi o facto de os P/Alvo terem tido acesso a um novo tipo de suporte social para além do encontrado nos CD, sendo que este fator também se encontra alicerçado na literatura. Segundo Ola e Mathur (2017), o suporte social permite que os seniores adquiram uma autoperceção de saúde mais positiva e aumentem o seu BES. No mesmo sentido, Cummings (2002) refere que, mais do que a quantidade de atividades sociais, a qualidade do suporte social percebido em seniores em contexto de residências assistidas constitui o principal fator para o aumento da SCV e para diminuir o impacto das doenças e da incapacidade funcional. Por outro lado, Francescato et al. (2017) concluíram que as relações de suporte com proximidade e dirigidas às dificuldades sentidas têm um papel fundamental para a promoção do BE, nomeadamente para a SCV, e para o empoderamento nos seniores, o que, de certa forma, reforça os achados de Martínez et al. (2017) que afirmam que as relações de suporte equitativas (subjacentes nas dinâmicas das sessões) potenciam o aumento da SCV.

Os dados qualitativos também evidenciam o facto de o aumento da rede relacional, da interação social e de uma nova rede de suporte com proximidade e equidade poderem justificar

---

<sup>47</sup> É possível depreender que a promoção da dimensão social bem como o melhoramento do funcionamento cognitivo resultantes da intervenção justificam o aumento do BES dos P/Alvo. A confrontação destes resultados terá de ser realizada maioritariamente com estudos que avaliaram o impacto de cada uma das componentes separadamente, tendo muitas vezes utilizado medidas diferentes, pois não foi encontrada nenhuma investigação que apresentasse as mesmas características da atual e que procurasse aferir a interação da cognição e da dimensão social no BES. A literatura também evidencia que existem poucas investigações de IP no âmbito da população sénior (e.g. Araújo et al., 2017; Jiménez et al., 2016), de estudos experimentais no âmbito do BES que se conjuguem com outras medidas objetivas para avaliar a cognição (e.g. Diener, Pressman et al., 2017) e devido à ausência de investigações que conjuguem as IC e o BE (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Castel et al., 2017; Gates et al., 2014; Tardif & Simard, 2011; Woods et al., 2012).

o aumento do BES, em consonância com a literatura acima referida. De facto o convívio/atividade social constituiu o terceiro principal aspeto em termos de impacto pessoal positivo. Por outro lado, o suporte social e as suas características também corresponderam a um dos principais aspetos da avaliação do programa, mais propriamente das metas proporcionadas.

Além disso, este conjunto de resultados demonstra que as dinâmicas de EC que permitiram a promoção destes aspetos sociais podem ser eficazes para o aumento do BES em seniores que se encontram em regime de frequência de IPSS e que apresentam declínios cognitivos no âmbito do DCL, como é o caso dos P/Alvo. Esta comprovação é de extrema importância, uma vez que, segundo Hailu et al. (2017) e Kuiper et al. (2015), os seniores com DCL tendem a restringir a sua esfera de interação (por uma redução da frequência de contactos e uma fraca participação social) e vivenciar cada vez mais o isolamento, devido aos constrangimentos derivados das suas dificuldades cognitivas e pela falta de estimulação resultante da inatividade social, impedindo assim a utilização das funções cognitivas e da reserva cognitiva, o que, por sua vez, aumenta o risco de progressão desses quadros clínicos. Por outro lado, esta comprovação do aumento do BE neste estudo também encontra ressonância no estudo de Atkins et al. (2013) na medida em que afirmam que os seniores em contexto de ERPI, que tendem a apresentar uma maior propensão para quadros de ansiedade e depressão e menores níveis de perceção de QV, quando experienciam intervenções, como o voluntariado (que, por sua vez, incidem em fatores modificáveis como o aumento do suporte e da interação social), diminuem o sofrimento psicológico e reportam melhores níveis de QV, o que correspondeu de certa forma ao que sucedeu nesta investigação.

Um outro aspeto importante que pode justificar o aumento do BES dos P/Alvo consiste na componente lúdica e flexível das tarefas que ocupavam o último terço do tempo das sessões no âmbito da EC (Clare & Woods, 2004). No fim das sessões, os pares de seniores muitas vezes reuniam-se para concursos de provérbios, comentários de reportagens e intercâmbios de experiências e conhecimentos passados positivos (trocas de receitas, relatos de tradições e lendas das seus locais de origem). O efeito destas dinâmicas encontra suporte na literatura, uma vez que Ku et al. (2016) verificaram que maior tempo despendido em atividades de lazer sedentárias, como passar tempo a conversar com outras pessoas, está significativamente correlacionado com níveis de BES mais elevados. Outro estudo que encontra semelhanças e que sustenta esta explicação é a investigação de Avia et al. (2012) com seniores que frequentavam CD com declínios cognitivos leves e moderados que ao realizarem tarefas de

revisão de experiências de vida positivas, apresentaram uma tendência para a redução da desesperança e o aumento da SCV e dos AP.<sup>48</sup>

Um outro argumento para os resultados obtidos respeitante às atividades prende-se com o facto de o aumento do BES dever-se ao melhoramento do desempenho cognitivo, devido às atividades da IC, mais propriamente das tarefas no âmbito do TC, dado este tipo de intervenção ser mais especificamente dirigido ao exercício das diferentes funções cognitivas (Clare & Woods, 2004). Um estudo que também demonstra que as IC com dinâmicas de EC/TC podem ser eficazes para o aumento do BE é o de Castel et al. (2017), onde se verificou que, tanto os seniores cognitivamente saudáveis, como os que tinham DCL que se encontravam hospitalizados, obtiveram níveis de BE significativamente mais elevados, a par de um melhor desempenho cognitivo. Também Ballesteros et al. (2014) verificaram que o TC pode produzir efeitos positivos no BE, na medida em que os participantes do GE, para além de terem obtido melhorias significativas em diferentes domínios cognitivos, também tiveram um aumento em duas dimensões na escala de BE que utilizaram, nomeadamente assertividade e afetividade. Em contrapartida, Belleville et al. (2018) obtiveram achados diferentes dos estudos anteriores e da presente investigação, pois, apesar de estudarem a influência do TC no domínio da memória em indivíduos com DCL, verificaram que, embora o GE tenha melhorado significativamente o desempenho cognitivo nesta área, não obteve melhorias significativas ao nível das escalas do humor e do BE, ainda que apresentando resultados ligeiramente superiores. Uma possibilidade para explicar a divergência com o estudo atual pode residir no facto de que o presente programa de intervenção procurou incidir em diferentes domínios, conjugar a EC e o TC, e ser realizado no âmbito do envolvimento social (e.g. Ballesteros, Kraft et al. 2015; Sherman et al., 2017).

Uma outra linha de argumentação para confirmação das subhipóteses **H3A**, **H3B** e **H3C** alicerça-se na multidimensionalidade e nas características dos componentes do BES, ou seja, no facto de que cada um deles está sujeito a influências diferentes, implicando processos e repercussões distintas. Atendendo ao facto de que os resultados obtidos no BES dos P/Alvo no M2 foram equivalentes, no sentido de seguir a mesma tendência que ocorreu nos P/Agentes, a sustentação teórica para os mesmos com base nas características da SCV, AP e AN (a dimensão afetiva é mais permeável ao contexto atual do que a dimensão cognitiva, a qual tende a ser mais estável ao longo do tempo) já se encontra explanada nas subhipóteses **H1A**, **H1B** e **H1C**.

---

<sup>48</sup> Apesar desta tendência apresentar semelhança com o presente estudo, ambos divergem quanto à magnitude dos resultados alcançados, o que sugere que o facto de a presente investigação incluir outras dinâmicas (TC multidomínios) e ter uma duração superior contribuiu para que o aumento do BES tenha sido significativo.

Acresce que os dados qualitativos corroboram a presença de efeitos positivos no BES, na medida em que a satisfação e o prazer consistiram na principal motivação da subcategoria impacto pessoal quando questionados sobre as razões para repetir e/ou recomendar o programa. Além disso, estes resultados merecem especial relevo, tendo em conta que a quase totalidade dos P/Alvo do GE afirmou querer continuar o programa e todos afirmaram que o recomendariam.

Apesar da inexistência de estudos idênticos, a comparação com investigações análogas confere, não só sustentação à confirmação destas subhipóteses, como também demonstra a necessidade de desenvolver mais investigações nesta área junto da população sénior, esperando-se que este estudo contribua para suprir esta lacuna.

No que diz respeito à **H4**, cujo principal objetivo era averiguar se o GE dos P/Alvo mantinha o impacto positivo no BES no M3, enquanto os que não participaram continuavam a não sofrer alterações, esta hipótese só permite uma resposta global relativa ao GC, requerendo, quanto ao GE, uma análise detalhada dos diferentes componentes.

Relativamente à subhipótese **H4A**, apesar de não ter havido diferenças quanto aos AP, entre o M2 e o M3 no que se refere ao GC, os resultados obtidos junto do GE ao nível temporal invalidam a existência de manutenção dos ganhos alcançados neste tipo de afetos, uma vez que foi verificada uma redução significativa dos mesmos passados três meses após o término da intervenção. Além disso, também não foram encontradas diferenças entre os grupos relativamente a esta componente do BES durante o M3, o que corrobora a perda do efeito do programa quanto aos AP. Assim, tanto as análises intragrupo no GE (M2 e M3) como intergrupos sugerem que os ganhos alcançados por este tipo de participantes com mais idade e limitações de saúde física e cognitiva tendem a não perdurar.

Em contrapartida, os resultados obtidos nos AN confirmam a subhipótese **H4B**, uma vez que, por um lado, não se verificou uma diferença significativa no GE entre o M3 e o M2 (momento no qual este grupo sofreu uma grande diminuição neste tipo de afetos), enquanto o GC manteve resultados semelhantes ao longo de todos os momentos e, por outro, existiu no M3 uma grande diferença de resultados com o GC, tendo este apresentado valores superiores de AN.

Quanto à subhipótese **H4C** esta confirmou-se, tendo em conta a análise temporal dos resultados, que demonstra que no GE o aumento significativo alcançado no M2 pouco diferiu do M3 e no GC houve uma perceção de SCV semelhante durante todo o programa. Outro aspeto que vai ao encontro de que houve uma manutenção da SCV no GE consiste no facto de que no M3, à semelhança do M2, este grupo continuou a apresentar resultados ligeiramente superiores

aos encontrados no GC. Considerando os argumentos de Killen e Macaskill (2015), que reforçam a importância das oscilações em termos clínicos, aliados à manifestação do desejo em continuar o programa pela quase totalidade destes participantes, esta diferença entre grupos não deixa de ter relevo, apesar da falta de significância estatística.

A infirmação da subhipótese **H4A** e a confirmação das subhipóteses **H4B** e **H4C** demonstram que o programa de intervenção é capaz de manter efeitos favoráveis em dois dos três componentes do BES, nomeadamente os AN e a SCV.

A sustentação teórica destes resultados terá que ser realizada com base em diferentes linhas de argumentação. Primeiramente, através da conjugação de diferentes argumentos conciliáveis em torno do conceito de BES que derivam da sua multidimensionalidade e maleabilidade (e.g. Diener, Heintzelman et al. 2017), para depois se fazer uma análise através do recurso a estudos que apresentam alguma analogia com a atual investigação. Além disso, estes resultados serão posteriormente refletidos de acordo com as características dos instrumentos selecionados para medir os componentes do BES e finalmente com a complementaridade de alguns dados qualitativos relevantes. Esta via de argumentação dos dados alcançados no M3 foi escolhida porque, para além de esta conjugação possibilitar uma compreensão global satisfatória dos mesmos, a ausência de estudos experimentais e longitudinais no BES com outras medidas cognitivas não permitiu encontrar nenhuma outra investigação que permitisse uma confrontação direta com o presente estudo (e.g. Diener, Pressman et al., 2017; Dolcos et al., 2018). Acresce que a quase totalidade dos estudos citados na hipótese precedente não possuíam follow-up, nem incluíam uma dinâmica interpares de seniores.

Quanto à infirmação da subhipótese **H4A**, esta pode justificar-se por diferentes fatores concomitantes.

Da multidimensionalidade e da possibilidade de o BES ser influenciado tanto por fatores internos como externos, derivam dois corolários muito importantes para a compreensão dos resultados (e.g. Diener, 1984; Diener, Oishi et al., 2018; Diener, Heintzelman et al., 2017; Helliwell et al., 2012; 2013; Lucas et al., 1996). Em primeiro lugar, alguns dos fatores são suscetíveis de intervenção, concedendo maleabilidade ao BES e, deste modo, consequentemente as suas possíveis alterações também vão produzir efeitos. Em segundo lugar, a separação dos componentes que integram o BES traduz que cada um deles pode ser mais influenciado por certo tipo de fatores concretos, provocar consequências distintas e, inclusive, implicar processos neurofisiológicos diferentes. Acresce que a investigação do BES tem vindo, não só corroborar estes aspetos, mas também identificar que alguns dos determinantes mantêm uma relação de influência recíproca com as alterações dos diferentes componentes do BES,

como é o caso da saúde e das relações sociais. Assim, por exemplo, maiores níveis de saúde e de interação social podem levar a um aumento dos níveis de BES, o qual, por sua vez, favorece a adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma maior abertura ao relacionamento, potenciando um impacto positivo na saúde e na sociabilização (e.g. Crivelli et al., 2016; de Neve et al., 2013; Diener, 2013; Diener, Heintzeman et al., 2017; Diener & Ryan, 2009; Lyubomirsky, King et al., 2005; Tay & Kuykendall, 2013). Disto retira-se que à partida uma interação sistémica positiva, quando despoletada, possibilita uma manutenção dos ganhos recíprocos.

Porém, nos P/Alvo, os ganhos alcançados ao nível dos AP no M2 diminuíram ao fim de três meses. Tendo em conta o encadeamento acima explicado, esta ausência de manutenção pode dever-se a dois aspetos que se interligam entre si, nomeadamente, à interrupção de um fator determinante com mais peso para os AP que com eles mantenha uma relação biunívoca e às características dos próprios P/Alvo, que possam prejudicar esta interação sistémica.

De facto, Tay e Diener (2011) verificaram que cada componente do BES mantinha uma associação mais forte com diferentes tipos de necessidades mais específicas, concluindo que, no caso dos AP, os mesmos se encontram mais relacionados com as necessidades sociais e de respeito, ou seja, são mais influenciados pelas relações sociais. Já anteriormente, Watson (1988) verificou que o envolvimento em atividades sociais está fortemente associado com os AP, os quais podem, por isso, ser compreendidos como uma dimensão biopsicossocial, contrariamente aos AN, os quais se relacionam mais com aspetos como as queixas físicas e o estresse percebido, podendo, desta forma, ser mais entendidos como uma dimensão biopsicológica. A partir destas ilações, uma provável justificação para que os AP tenham decrescido no follow-up prende-se com a interrupção das sessões, que promoviam a ampliação da rede de contatos, a interação e um novo tipo de suporte social.

Contudo, pela reciprocidade entre as relações sociais com o BES, esta interrupção por si só poderia não ser suficiente para explicar um decréscimo significativo, na medida em que uma vez experienciado um aumento dos AP no M2, o mesmo induziria a uma maior abertura relacional (e.g. Diener, Heintzeman et al., 2017). Aliás Diener (2013), assim como Diener e Ryan (2009) sugerem que, para além do aumento dos AP poder melhorar a sociabilidade, o mesmo pode potenciar comportamentos futuros, como o investimento em novas redes de suporte social. Por isso, o decréscimo dos AP no M3 pode ser justificado pela interrupção das atividades que promoviam estas dimensões sociais e, simultaneamente, pela sua conjugação com as características dos P/Alvo. Note-se que, ao contrário dos P/Agentes (mais jovens, autónomos e que maioritariamente se encontravam saudáveis), os P/Alvo, além de serem mais

velhos, reportaram na sua maioria não ser fisicamente saudáveis e, a quase totalidade deles, ter apenas como ocupação atual a frequência dos CD durante toda a semana. Deste modo, uma vez que a generalidade dos P/Alvo passava praticamente todos os dias nos CD, devido às suas fragilidades de saúde, essa dinâmica restringia os seus recursos quanto à possibilidade de poder investir em novas redes de interação e de suporte social, interrompendo, assim, o ciclo que possibilitaria a manutenção do aumento dos AP no M2. Assim sendo, a interligação destes fatores pode justificar o decréscimo dos AP na ausência da intervenção, uma vez que a relação biunívoca entre as relações sociais e os AP e entre a saúde e os AP podem ter sido afetadas.

Além disso, os P/Alvo apresentavam prejuízos cognitivos no âmbito do DCL e, como se verá nas hipóteses seguintes, apesar de no M2 estes terem aumentado o seu funcionamento cognitivo, passados três meses os mesmos não mantiveram os ganhos adquiridos. Este tipo de prejuízos, para além de contribuir para que a relação biunívoca entre o BES e a saúde possa não ser favorável, também potencia constrangimentos que interferem negativamente na interação social (e.g. Hailu et al., 2017), inviabilizando assim que os efeitos do aumento dos AP continuassem a refletir-se nas suas dimensões sociais e, por conseguinte, na sua manutenção.

Este encadeamento também encontra ressonância e suporte no estudo de Hansen e Slagsvold (2012) que verificaram que, enquanto os seniores mais jovens, independentemente das alterações biopsicossociais no âmbito do envelhecimento normal, tendem a manter os seus níveis de SCV e de AN e sofrer um decréscimo nos AP, os seniores mais velhos tendem a sofrer um declínio mais acentuado, devido à presença de agentes estressores e à diminuição de mecanismos compensatórios, os quais encontram base nas teorias do controlo cognitivo e do bem-estar emocional; do efeito de positividade; e da seletividade socio-emocional (Carstensen, 2006; Carstensen & DeLiema, 2018; Carstensen & Mikels, 2005; Charles & Carstensen, 2010; Kan et al., 2017; Knight & Durbin, 2015; Reed et al., 2014; Lawrie & Phillips, 2016; Wernher & Lipsky, 2015). Aliás, já Diener e Suh (1998) tinham verificado que a tendência do BES nos seniores, ainda que perante adversidades, é para que a SCV se mantenha ou aumente, que os AN se mantenham e os AP decresçam.

Apesar de todos os anteriores argumentos justificarem a não confirmação da **H4**, é preciso ter em conta outros aspetos que devem ser conjugados com este desfecho, nomeadamente, o facto de que, apesar de no GE ter havido uma descida dos AP, esta não alcançou os valores iniciais encontrados no M1 e também o facto de que, embora não tenha havido diferenças relevantes entre os grupos no M3, tal como no M2, verificou-se no M3 a tendência do GE apresentar valores médios de AP superiores ao GC. Estes aspetos não deixam de ter relevância, pois, segundo Killen e Macaskill (2015), as pequenas alterações, ainda que desprovidas de

significância estatística, podem ser importantes em termos clínicos e, atendendo às características dos P/Alvo, a aplicação deste argumento ganha sentido, sugerindo que, para a manutenção dos efeitos ao nível dos AP, as intervenções que potenciem o aumento do funcionamento cognitivo e a promoção social não devam ser interrompidas ou, pelo menos, devam ser acrescidas de sessões de reforço para possibilitar que os efeitos positivos nestes afetos permaneçam. Aliás, o facto de a quase totalidade destes participantes demonstrar querer continuar o programa reflete isso.

Por outro lado, a conjugação dos mesmos argumentos em torno da multidimensionalidade e maleabilidade do BES, isto é, a possibilidade de intervenção em fatores modificáveis que podem afetar positivamente os seus componentes, sendo que alguns têm uma relação mais forte com cada um deles (e.g. de Neve et al., 2013; Diener, 2013; Diener, Heintzelman et al., 2017), aliada à existência de uma tendência de maior estabilidade dos AN e da SCV nos seniores (e.g. Diener & Suh, 1998; Hansen e Slagsvold, 2012) permitem justificar a confirmação das subhipóteses **H4B** e **H4C**, uma vez que a possibilidade de aumento nestes componentes pode seguir esta tendência de manutenção.

Seguindo este encadeamento em torno da multidimensionalidade, uma vez que os AN estão mais relacionados com os conflitos internos e sociais e com as necessidades básicas de autonomia e de respeito e que a SCV é mais influenciada por fatores de vida marcantes e está mais relacionada com a satisfação de necessidades básicas (Diener, Heintzelman et al., 2017; Tay & Diener, 2011; Watson, 1988), a ausência das atividades não implicou, ao contrário dos AP (que dependiam mais da manutenção de novos aspetos positivos na dimensão social), nenhuma interrupção dos fatores que mais diretamente interferem positivamente com os AN e com a SCV, nomeadamente, a frequência e o acesso do apoio dos CD. Desta forma, os ganhos alcançados não sofreram nenhum impacto negativo imediato que impedisse a sua manutenção. Nesse sentido, a não interrupção de fatores causais nestas dimensões corrobora a confirmação das subhipóteses **H4B** e **H4C**. Contudo, a falta de avaliações subsequentes ao momento follow-up não possibilita saber se a permanência dos efeitos positivos nestes dois componentes pode continuar presente por períodos mais longos. Ainda assim, os resultados demonstram que, independentemente dessas dificuldades, é possível fazer IP com efeitos benéficos e relativamente duradouros em duas dimensões do BES. Estes resultados podem encontrar reforço no estudo de Ballesteros, Mayas et al. (2015).

Um outro aspeto que confere a infirmação da **H4A** e a confirmação das **H4B** e **H4C** consiste no facto de que as medidas adotadas neste estudo para medir o BES apresentam, não só uma

sensibilidade a mudanças, mas também revelaram possuir uma boa estabilidade temporal (Galinha et al., 2013; Pavot & Diener, 1993).

Alguns dados qualitativos também corroboram os resultados obtidos no M3. Assim, a infirmação da **H4A** pode encontrar reflexo no facto de que o convívio e as atividades sociais corresponderam à terceira principal UR das subcategorias impacto pessoal e programa quando os P/Alvo foram questionados sobre as razões para repetir ou/e recomendar o programa, demonstrando o peso com que este fator foi percecionado para as suas vivências positivas. Além disso, tendo a satisfação e o prazer correspondido ao principal fator no impacto pessoal, estes dados qualitativos também reforçam a confirmação da subhipótese **H4C**.

Em suma, os resultados obtidos no M3 junto dos P/Alvo evidenciam que esta intervenção foi eficaz para manter os efeitos positivos nos AN e na SCV durante três meses e o facto de tal não ter sucedido com os AP sugere que, no caso de seniores mais velhos com declínios cognitivos e com menos saúde física, a introdução de novos estímulos cognitivos e sociais positivos não deve ser interrompida pela impossibilidade de os mesmos poderem gerar os seus próprios recursos, ainda que experienciem melhorias durante a sua presença. Não obstante, estes achados devem ser compreendidos com alguma ressalva, dado tratar-se de uma amostra pequena.

Da avaliação do funcionamento cognitivo realizado aos P/Alvo através do teste MoCA, os valores encontrados tanto no GE, como no GC entre o M1 e o M2 e aquando da comparação entre os grupos após a intervenção permitem a confirmação da **H5**, uma vez que somente no GE houve uma alteração dos valores entre os momentos, sendo o M2 pautado por resultados consideravelmente mais favoráveis e, também, porque da comparação entre os dois grupos constatou-se que o GC obteve no M2 valores significativamente inferiores.

Estes resultados indicam que a participação num programa desta natureza influencia positivamente o desempenho cognitivo, indo ao encontro da literatura pesquisada que reforça que as IC em indivíduos com DCL são eficazes enquanto terapias não farmacológicas para melhorar os quadros de perda cognitiva e retardar a sua progressão. Nesse sentido, as revisões sistemáticas de Jean, Bergeron et al. (2010) de Gates et al., 2011, de Teixeira et al. (2012) e a recente meta-análise levada a cabo por Sherman et al. (2017) reforçam estes achados, na medida em que constataram a possibilidade de benefícios deste tipo de intervenções em diferentes investigações, ainda que continuem a evidenciar a necessidade de haver mais com cariz experimental, esperando-se assim que o atual estudo contribua para suprir esta lacuna.

Os resultados obtidos confirmam a presunção levantada por Belleville (2008) de que as IC podem ser úteis para melhorar a cognição nos quadros de DCL, uma vez que este tipo de

intervenções se haviam demonstrado eficazes no âmbito do envelhecimento normal enquanto terapia preventiva, para a qual a autora não obteve uma resposta concludente. Inclusive, mais recentemente Hampstead et al. (2012) e Mewborn et al. (2017) confirmam a utilidade das IC independentemente do estado cognitivo, o que corrobora também a **H5**.

Aliás, a verificação da **H5** demonstra que as sessões de EC/TC deste programa cumpriram os propósitos das IC, ou seja, impactar positivamente a cognição dos P/Alvo (e.g. Chandler et al., 2016; Mewborn et al., 2017), apontando para que tenham contribuído para potenciar uma reorganização neuroplástica, através da estimulação da reserva cognitiva e do recrutamento de circuitos neuronais compensatórios, tendo em conta que outros programas de IC, incluindo indivíduos com DCL, comprovam a sua ativação (e.g. Ballesteros, Kraft et al., 2015; . Belleville & Bherer, 2012; Maffei et al., 2017; Sherman et al., 2017; Wernher & Lipsky, 2015).

Tendo presente os critérios de inclusão dos P/Alvo, os resultados obtidos, para além da possibilidade de evidenciar que as IC são úteis para os indivíduos que vivenciem estados cognitivos com declínios fora do “normal”, demonstram igualmente a sua capacidade de eficácia para seniores mais velhos e com níveis de escolaridade mais básicos. Estes aspetos também encontram suporte na literatura, na qual se verifica que a idade não interfere na possibilidade de beneficiar dos potenciais efeitos das IC, quando os indivíduos possuem capacidade para realizar as dinâmicas preconizadas (Brehmer et al., 2015; Mewborn et al., 2017) e que a posse de níveis educativos mais baixos não constitui um fator impeditivo para usufruir de ganhos através deste tipo de intervenções (Carretti et al., 2013; Carvalho et al., 2010; Costa & Sequeira, 2013; Kwok et al., 2013; Mewborn et al., 2017).

Uma possível explicação para a confirmação da **H5** reside nas características do programa de intervenção e ainda porque as atividades procuraram a promoção do envolvimento social. Assim, o facto de dois terços do tempo das sessões ter sido dedicado à realização de um TC multidomínios numa dinâmica de pares e o restante tempo ter sido reservado a atividades de EC, através da realização de tarefas com componentes lúdicas numa dinâmica de par ou em grupo, possibilitou uma estimulação mais holística. Aliás, segundo Sherman et al. (2017) as IC complementares e que incidem em múltiplos domínios cognitivos, especialmente quando contemplam a estimulação da memória (que foi o caso desta), têm conseguido resultados positivos moderados nos testes neuropsicológicos, sustentando que este tipo de conjugação é mais eficaz para os quadros de DCL, os quais, devido às suas limitações, requerem intervenções mais abrangentes no sentido de potenciar o acionamento simultâneo dos diferentes tipos de reorganização neuroplástica. Inclusive, a razão de se fazer um TC multidomínios prende-se com o facto de que, mesmo havendo evidências de que o exercício numa determinada capacidade

pode produzir efeitos noutras pertencentes ao mesmo domínio e ainda a outros domínios (Papp et al., 2009), também houve investigações que demonstraram que a extensão para outros domínios é tendencialmente menos forte (Kelly et al., 2014) e, ainda, porque o avanço da idade pode constituir um maior impedimento para a sua propagação e, sobretudo, para a sua manutenção (Borella et al., 2014). Acresce que o facto de o envolvimento social favorecido pelas dinâmicas realizadas poder traduzir os resultados obtidos encontra suporte no estudo de Ballesteros, Kraft et al. (2015), o qual corrobora que as IC combinadas, que incidam em diferentes domínios cognitivos e realizadas com vista à promoção social, potenciam sinergicamente a neuroplasticidade.

De facto os diferentes aspetos sociais, como a rede de contactos, a participação em atividades sociais e interação, bem como o suporte social têm sido amplamente referenciados como fatores importantes para a cognição e para evitar a progressão do seu declínio (e.g. James et al., 2011; Kelly et al., 2017; Kuiper et al., 2015; Marioni et al., 2015; Wang et al., 2015)

Por outro lado, as características da estrutura do programa também podem justificar a confirmação da **H5**. De facto, à semelhança dos conteúdos, os aspetos estruturais alicerçaram-se em recomendações de literatura recente quanto ao formato, à extensão, número de sessões (Jean, Bergeron et al., 2010), tempo de duração (Lampit et al., 2014) e periodicidade das mesmas (Lampit et al., 2014; Mewborn et al., 2017). Além disso, tanto os conteúdos, como os aspetos estruturais foram validados por dois peritos, de forma a garantir que as dinâmicas pudessem proporcionar um melhor aproveitamento e evitar fatores como o cansaço ou a insuficiência de estimulação. Estes cuidados formais procuraram também contribuir para dirimir as dificuldades de uma avaliação mais precisa dos efeitos, tendo em conta que na literatura a sua falta de especificação e a existência de uma multiplicidade de formas de concretização das IC podem levantar dificuldades na interpretação da eficácia das mesmas (e.g. Chandler et al., 2016; Sherman et al., 2017; Tardif & Simard, 2011). Acresce que, por esse motivo, também foi escolhido um instrumento de rastreio cognitivo (MoCA) que se tem revelado muito completo, sensível e específico para detetar e monitorizar os prejuízos cognitivos no âmbito do DCL, garantindo assim a validade dos resultados e a eficácia da intervenção, (e.g. Balogh & Wong, 2017; Ciesielska et al., 2016; Martinelli et al., 2014; Petersen, 2016; Tardif & Simard, 2011; Tsoi et al., 2017; Vogel et al., 2015)

Um último aspeto que corrobora a confirmação da **H5** consiste no destaque que a eficácia do programa para melhorar o desempenho cognitivo recebeu ao longo do QEP. Quanto aos P/Alvo, a eficácia do programa foi o principal impacto pessoal positivo e consistiu na principal meta alcançada nesta subcategoria da avaliação do programa e, ainda, o principal fator pessoal

e relacionado com os objetivos proporcionados pelo programa, quando foram questionados sobre as razões para repetir ou recomendá-lo, o que demonstra também grande relevo. Relativamente aos P/Agentes, os efeitos positivos ao nível da cognição também foram para eles o principal objetivo na avaliação do programa e o principal (a par da dimensão comunitária) motivo para o recomendar.

Atendendo aos valores do teste de rastreio cognitivo no M3, a **H6** confirma-se, uma vez que houve no GE um decréscimo acentuado dos ganhos alcançados no M2, enquanto o GC continuou a não demonstrar oscilações relevantes com referência aos momentos precedentes e, ainda, porque os grupos, quando comparados no M3, apresentaram valores médios equivalentes.

Esta hipótese foi alicerçada num conjunto de informações encontradas na literatura acerca do DCL, cuja combinação com algumas das características dos P/Alvo permitiu a suposição de que a ausência do programa levaria a este desfecho de retrocesso dos ganhos. Além disso, o facto de ter encontrado algumas contradições quanto à possibilidade das IC produzirem efeitos duradouros após o seu término, aliada a uma falta de estudos longitudinais que pudessem esclarecer esta incongruência, justificou a presunção de que os resultados alcançados pudessem não perdurar.

Apesar de o DCL poder não progredir para quadros demenciais (Forlenza et al., 2013; Petersen et al., 2014), vários estudos têm demonstrado que esta entidade clínica constitui um risco acrescido para que isto aconteça (e.g. Mitchell & Shiri-Feshki, 2009; Petersen, 2016), inclusive, de forma mais célere e que, mesmos nos casos em que possa ocorrer remissão, o rácio de conversão para um novo quadro de DCL ou demência continua a ser superior, quando comparados com indivíduos que nunca o tiveram (Roberts & Knopman, 2013). Acresce que existem múltiplos fatores causais e que contribuem para a sua progressão, sendo que alguns deles correspondem a várias características dos P/Alvo, nomeadamente: serem seniores mais velhos; reportarem na sua maioria a falta de saúde, referindo doenças que se associam ao potencial agravamento dos quadros de DCL (e.g. doenças cardiovasculares); e, possuírem níveis educativos baixos (e.g. Balogh & Wong, 2017; Campbell et al., 2013; Ngandu et al., 2015; O'Bryant et al., 2013; Petersen et al., 2014).

Para além destas características poderem contribuir para que nos P/Alvo o risco de progressão esteja presente, um outro aspeto fundamental justifica a confirmação da **H6**, o facto de que, não havendo um tratamento específico para o DCL e que o envolvimento em atividades cognitivamente estimulantes constituiu um dos melhores meios de evitar a sua progressão, a sua falta tem um peso fundamental para o seu avanço (e.g. Kuiper et al. 2015; Petersen et al.,

2014; Roberts & Knopman, 2013; Takács et al., 2017). Por isso, apesar de os P/Alvo terem usufruído de um programa de IC que melhorou o seu desempenho cognitivo, a sua interrupção, aliada ao facto de que a quase totalidade destes participantes afirmou ter como única ocupação os CD durante toda a semana em período integral, não possibilitou que os mesmos tivessem acesso a outras atividades para além das que pré-existiam nos CD e limitaram o investimento no alargamento da sua dimensão social, que contribuiriam para estimular a sua cognição.

Assim sendo, apesar das IC se basearem na possibilidade de melhorar os declínios cognitivos por promoverem uma reorganização neuroplástica (e.g. Chandler et al., 2016; Sherman et al., 2017; Tardif & Simard, 2011), sendo eficazes independentemente do nível educativo (Carretti et al., 2013; Carvalho et al., 2010; Mewborn et al., 2017), segundo a teoria da reserva cognitiva e da TECP, o percurso de vida rica em estímulos é fundamental para favorecer um aumento da reserva cognitiva e, no caso dos P/Alvo que tiveram acesso a um nível educativo mais baixo e que se encontram limitados para prosseguir uma vida rica em estímulos, depreende-se que estes mecanismos, na ausência de uma intervenção para esse efeito e que possa minorar a influência de uma baixa instrução, não poderão continuar a ser eficazmente acionados (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Park & Reuter-Lorenz, 2009; Reuter-Lorenz & Park, 2014; Stern, 2002; Stern 2012; Wernher & Lipsky, 2015; Williams & Kemper, 2010).

Por outro lado, a confirmação da **H6**, baseada na presunção de que a interrupção das atividades, aliada às características dos P/ Alvo e ao conhecimento do funcionamento dos CD, ganha sentido com a confrontação de outros estudos que demonstram haver disparidade de resultados quanto à manutenção dos efeitos positivos obtidos pelas mesmas, pois, apesar de haver investigações que demonstram que as IC junto de seniores com DCL podem ter efeitos duradouros (e.g. Belleville et al., 2018; Costa & Sequeira, 2013; Rojas et al., 2013), também existem IC no âmbito do envelhecimento cognitivo normal, onde se esperaria mais facilidade de manutenção, que revelam não conseguir o seu cumprimento (e.g. Ballesteros, Mayas et al., 2015).

Deste modo, os resultados do M3 do presente estudo parecem contradizer outras investigações no âmbito da IC junto de indivíduos com DCL que demonstraram que os seus efeitos perduraram (e.g. Belleville et al., 2018; Costa & Sequeira, 2013; Rojas et al., 2013), mas, no entanto, também vão ao encontro dos resultados da IC multidomínios levada a cabo por Ballesteros, Mayas et al. (2015) junto de indivíduos com envelhecimento cognitivo normal.<sup>49</sup> Note-se, ainda, que foi pedido aos P/Agentes que, durante os três meses após a

---

<sup>49</sup> Na realidade, vários fatores associados às investigações supramencionadas junto de indivíduos com DCL podem justificar a diferença de resultados com o atual estudo. Na IC levada a cabo por Belleville et al. (2018), os indivíduos do GE apresentavam uma média de idades inferior ( $71.3 \pm 8.5$ ), com

intervenção e antes da última avaliação, não voltassem a realizar atividades com os P/Alvo, sendo-lhes, no entanto, pedido que caso pudessem, depois desse prazo, voltassem a visitá-los, realizar exercícios ou outras atividades lúdicas. Este procedimento teve dois objetivos concretos. Primeiramente, obter resultados para demonstrar que em indivíduos como os P/Alvo, que pelas suas características pessoais e que se encontram restritos ao apoio dos CD, este tipo de intervenções não deve ser interrompida. Em segundo lugar, porque o intuito deste estudo, mais do que promover a participação de familiares, quis originar uma sinergia comunitária, até porque quase metade dos P/Alvo vivem sozinhos e mesmo os que não vivem correm o risco de insuficiência familiar (Souza et al., 2015). Nesse sentido, a escolha destes procedimentos e a forma de concretização do programa encontra reforço no estudo de Tardif e Simard (2011), que afirmam que a abordagem das IC depende dos objetivos e do perfil cognitivo da população visada, tendo este estudo o escopo de sensibilizar a manutenção destas atividades através de uma sinergia comunitária para a manutenção dos ganhos, uma vez que foi percebido que estratégias como tarefas para serem realizadas fora do contexto dos CD teriam pouca probabilidade de serem prosseguidas.

Por outro lado a confirmação da **H6** encontra também reforço na meta-análise de Zhu et al. (2016), na qual os autores reiteram que a tendência de manutenção dos ganhos evidenciada junto de seniores saudáveis não deve ser plenamente entendida como extensível a seniores com prejuízos cognitivos. Além disso, a falta de estudos longitudinais no âmbito das IC (e.g. Ballesteros, Kraft et al, 2015; Belleville, 2008; Papp et al. 2009; Sherman et al., 2017) não permite uma resposta contrária à confirmação desta hipótese, esperando-se que estes resultados sirvam para elucidar a realidade de indivíduos que, para além de prejuízos no âmbito do DCL, apresentam várias características que constituem um fator de risco, sendo necessária a manutenção da estimulação, para evitar uma progressão mais célere.

A **H7** foi formulada com o intuito de avaliar a eficácia do programa para melhorar o funcionamento cognitivo dos P/Alvo através de uma perspetiva complementar, mediante a

---

uma escolaridade bastante mais elevada ( $14.5 \pm 4.2$ ) e a intervenção baseou-se também no ensino de estratégias compensatórias e em tarefas para serem também prosseguidas em casa, tendo ainda a oportunidade de receber sessões de reforço antes do último follow-up. Rojas et al. (2013) também realizaram uma intervenção com indivíduos com uma média de idades mais jovem ( $72 \pm 8.43$ ), com um nível médio de escolaridade mais elevado ( $10.53 \pm 3.78$ ), basearam-se em estratégias compensatórias para a AVD e disponibilizaram material de apoio (e.g. calendários, listas de verificação) para ser usado fora das sessões e, ainda, mediram o funcionamento cognitivo com um instrumento menos completo e sensível (MMSE) do que o MoCA (e.g. Freitas, Simões, Alves et al., 2013; Tsoi et al., 2017; Vogel et al., 2015). Também Costa e Sequeira (2013), realizaram uma intervenção com indivíduos que apesar de também apresentar uma escolaridade baixa, tinham idades mais jovens, entre os 65 a 75 anos, utilizaram o MMSE para avaliar a cognição e realizaram atividades que envolviam familiares e que incluíam tarefas para serem continuadas no domicílio. Disto retira-se que estas investigações diferiram em muitos aspetos do presente estudo, na medida em que os P/Alvo eram claramente mais velhos, com menos escolaridade, maioritariamente com doenças físicas (Tabelas D8 e D9), foram avaliados com um instrumento mais preciso e completo e tiveram atividades com estratégias restaurativas (Buschert et al., 2010), desprovidas de sessões de reforço ou de tarefas para serem realizadas fora das sessões. Todos estes fatores podem explicar o porquê de neste estudo não se esperar que houvesse manutenção dos ganhos, com base na conjugação dos traços e riscos do DCL com as idiossincrasias presentes na amostra estudada.

confrontação das percepções dos P/Agentes com os resultados objetivos do teste de rastreio cognitivo selecionado para esse efeito.

A conjugação dos resultados quantitativos discutidos na **H5** com os resultados qualitativos relativos à pergunta feita aos P/Agentes, acerca da sua percepção sobre o efeito da intervenção no funcionamento cognitivo dos P/Alvo, permite a confirmação da **H7**, uma vez que o funcionamento cognitivo do GE dos P/Alvo aumentou significativamente entre o M1 e o M2, mas também porque a esmagadora maioria dos P/Agentes do GE percecionou terem ocorrido melhorias no funcionamento cognitivo global dos P/Alvo com os quais trabalharam.

Esta conjugação entre os dados qualitativos e quantitativos teve o propósito de valorizar a experiência daqueles que estiveram num papel de maior auxílio, evitando ao mesmo tempo um possível enviesamento derivado da motivação de realizar o programa neste papel de agente voluntário. Isto porque, conforme se verificou ao longo da literatura, os seniores valorizam e beneficiam do envolvimento em novas aprendizagens e atividades produtivas que lhes concedam propósito e os mantenham ativos (e.g. Adams et al., 2011; Cachioni et al., 2014; Carr et al., 2018; Chen, 2016; Guiney & Machado, 2018; Stukas et al., 2016; Tabassum et al., 2016). Por isso, a equação de uma sobrevalorização dos efeitos do programa não podia ser posta de lado, havendo o risco destes participantes poderem exacerbar a sua experiência e o seu papel, ainda que não intencionalmente.

Esta análise mista aponta para que a percepção dos P/Agentes tenha sido mais objetiva, demonstrando a relevância das mesmas serem incorporadas numa avaliação da implementação de programas de intervenção desta natureza, cumprindo assim os pressupostos da realização de uma investigação aplicada e dos benefícios de uma análise mista e complementar (e.g. Kumar, 2014; Pais-Ribeiro, 2010).

À semelhança da hipótese precedente, a **H8** pretende valorizar a percepção dos P/Alvo sobre os efeitos do programa no seu funcionamento cognitivo, procurando eliminar eventuais vieses que pudessem ter origem na sua motivação ou no desejo de ultrapassarem as dificuldades vivenciadas (Hailu et al., 2017).

Pela análise conjunta dos dados quantitativos e dos dados qualitativos esta hipótese confirma-se, dado que houve resultados experimentais favoráveis e a quase totalidade dos P/Alvo também referiu ter alcançado melhorias, comparativamente ao momento antecedente à sua participação no programa.

Esta conjugação de resultados revela que, apesar dos prejuízos cognitivos, a percepção dos participantes não deve deixar de ser considerada, na medida em que pode refletir objetividade nas mudanças sentidas, sem esquecer que, mesmo que caso assim não fosse, o campo fenomenal

de cada indivíduo é para si uma realidade objetiva para o próprio (Rogers, 1951/2004) e que a subjetividade tem um papel fulcral no BES dos indivíduos e na sua propensão para avaliar e procurar melhorar a sua QV (Diener, 2013; Diener, Lucas et al., 2018; Galinha, 2008).

Pressupondo que as perceções dos participantes seriam mais objetivas do que movida por vieses de motivações pessoais ou desejabilidade social, foi elaborada a **H9** para poder confrontar, através do cruzamento das perceções dos P/Agentes e dos P/Alvo, se as mesmas se encontravam mais próximas entre si ou não, contribuindo assim para eliminar possíveis vieses subjectivos. Os resultados demonstram que mais de 3/4 dos pares coincidiram na opinião de que houve melhorias no desempenho cognitivo global dos P/Alvo, confirmando a **H9**.

De certa forma, esta consonância de perceções também corrobora a existência de um impacto positivo do programa em termos da sua eficácia ao nível cognitivo. Note-se que as motivações de cada tipo de participante seriam à partida diferentes. Enquanto os P/Agentes poderiam desejar terem conseguido realizar um contributo válido, os P/Alvo poderiam ser mais propensos a querer que as suas dificuldades pudessem parecer menos proeminentes, fosse por uma questão de imagem ou por uma esperança de melhoria de saúde. Contudo, conforme se viu nas duas hipóteses anteriores, o facto de ter havido uma tendência de perceções objetivas e agora uma concordância entre as mesmas reforça que a avaliação da implementação de programas desta natureza deve sempre ter o mérito de integrar a opinião e a vivência dos participantes, pois a inclusão das suas perceções (com as devidas ressalvas para garantir o afastamento de possíveis vieses) constitui também uma ferramenta válida de avaliação.

Outro aspeto a ter em conta nesta hipótese é que, tanto nos P/Agentes, como nos P/Alvo, que maioritariamente afirmaram terem percecionado um efeito positivo do programa no funcionamento cognitivo dos últimos, a capacidade visuoespacial correspondeu ao domínio cognitivo no qual ambos referiram ter havido menos melhorias. Atendendo à literatura consultada, de facto, as áreas que são mais valorizadas e que constituem maior motivo de preocupação por parte das populações seniores e nas quais, habitualmente, decorrem maiores prejuízos são a memória, a atenção, linguagem e funções executivas (e.g. Ghosh, 2017; Harada et al., 2013; Kelly et al, 2017; King & Lipsky, 2015; Small et al., 2011). E, de facto, estas foram justamente aquelas que foram mais destacadas pelos dois tipos de participantes como domínios em que notaram ter havido uma melhoria ou recuperação.

#### **4.2. Discussão das Questões de Investigação**

Em jeito de sumário, parece respondida a **questão geral** de que este tipo de programa de intervenção é adequado para a promoção do BE dos seniores, sendo, simultaneamente, eficaz

para as dificuldades cognitivas que, habitualmente, este tipo de população apresenta. Tanto o GE dos P/Agentes, como o dos P/Alvo, sofreram melhorias significativas nas variáveis estudadas do seu BE entre o M1 e o M2 e, ainda, porque ambos os GE obtiveram melhores resultados com relevo estatístico, comparativamente ao respetivo GC, após o término do programa, à exceção da SCV, na qual, apesar de os resultados terem sido mais elevados do que o GC, não atingiram significância estatística na análise intergrupos.

No que respeita às **outras duas questões** de investigação, acerca do impacto pessoal e da qualidade do programa, de uma forma geral, é possível dizer-se que o mesmo não só reforça o que acaba de ser dito na resposta à questão geral, mas revela também que, quando adaptadas aos problemas e necessidades das pessoas a que se destinam e permitem uma avaliação sujeita à opinião dos próprios intervenientes, este tipo de intervenções consegue alcançar dois tipos de resultados positivos importantes. Por um lado, recebe uma maior aceitação e produz uma reflexão e interiorização dos efeitos que se pretende alcançar e, por outro lado, ao receber o feedback dos intervenientes, aumenta a possibilidade de crescimento e transformação positiva da própria intervenção.

Apesar de constituírem duas amostras distintas com papéis diferentes, tanto o GE dos P/Agentes como o dos P/Alvo referiram terem sentido mais ganhos pessoais do que desvantagens ao ter participado no programa e, simultaneamente, fizeram uma avaliação marcadamente positiva do mesmo ao nível da sua estrutura, das suas metas e do seu funcionamento. Quanto às razões para repetir ou recomendar o programa, também foi comum aos dois GE o facto de as características das metas inerentes ao programa terem sido o principal fator para uma nova adesão ou recomendação. Não obstante, apesar de haver uma concordância em termos gerais, algumas UR revelam existir também motivações e perceções diferentes por detrás deste olhar positivo e aparentemente comum. Por um lado, isto aponta que o programa, de facto, marcou positivamente os dois tipos de intervenientes quer em termos pessoais, quer na realização da sua avaliação, mas, por outro lado, sugere que as circunstâncias vivenciadas e o papel desempenhado no mesmo teve um impacto diferente ao nível das perceções, que não deve ser negligenciado, a fim de se poder melhorar este tipo de programa, Pelo que uma análise separada se impõe.

Assim, por exemplo, para o GE dos P/Agentes, os ganhos pessoais percecionados relacionaram-se mais com o facto de se sentirem úteis nas suas comunidades através de um papel ativo de prestação de apoio. As UR que obtiveram maior expressão corroboram a literatura que defende a importância dos seniores continuarem a ter sentido e propósito de vida, de manterem vidas ativas, e de realizar novas aprendizagens que lhes permitam vivenciar

emoções positivas e SCV (e.g. Anderson et al., 2014; Adams et al., 2011; Cachioni et al., 2017; Cachioni et al., 2014; Carr et al., 2018; Chen, 2016; Guiney & Machado, 2018; Jenkinson et al., 2013; Kahana et al., 2013; Mundaca & Gutiérrez, 2014; Nelson et al., 2016; Pilkington et al., 2012; Stukas et al., 2016; Tabassum et al., 2016; Tomini et al., 2016). Aliás, dentro da pequena expressão que as desvantagens ocuparam, o facto de a interferência com outras atividades ter correspondido à UR com maior expressão vem reforçar estes aspetos.

Em contrapartida, o GE dos P/Alvo destacou como principais vantagens no impacto pessoal positivo o facto de terem sentido melhorias no funcionamento cognitivo e terem tido maior convívio e atividade social, para além da ausência de desvantagens. Aliás, apenas quatro participantes deste grupo referiram sentir desvantagens, nomeadamente, a interferência com outras atividades. Atendendo ao facto de que estes participantes vivenciam limitações e, apesar de frequentarem uma instituição, os mesmos possuem uma menor autonomia e rede social fora deste contexto, estes aspetos encontram-se em sintonia com a literatura que afirma que indivíduos com DCL têm a noção das suas incapacidades e valorizam as melhorias que sentem e os meios para fazer face às mesmas (e.g. Hailu et al., 2017; Sousa et al., 2017). Além disso, a necessidade de ampliar a sua rede social e de suporte, bem como a importância da interação também se encontram amplamente fundamentadas em diversos autores, justificando o destaque desta vantagem sentida para a cognição e BES (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Cho et al., 2015; Cummings, 2002; Francescato et al., 2017; James et al., 2011; Kelly et al., 2017; Kuiper et al., 2015; Marioni et al., 2015; Martínez et al., 2017; Ola & Mathur, 2017; Wang et al., 2015)

Do exposto até agora verifica-se que seniores mais jovens e autónomos valorizam o envolvimento em atividades que lhes atribuam prazer, sentido, reconhecimento e mais-valias, nomeadamente novos conhecimentos. Estes dados qualitativos refletem também os resultados favoráveis obtidos ao nível dos afetos, da SCV e, sobretudo, ao nível do florescimento. Em contrapartida, os indivíduos que se encontram perante uma idade mais avançada e com limitações privilegiam a busca de mecanismos para os problemas que enfrentam e para o aumento da sua qualidade de vida e BE. De facto, o ganho percecionado com o contacto com novas pessoas e, especialmente, com as melhorias cognitivas sentidas também pode ser associado com os melhores níveis de BES encontrados após a participação no programa.

Quanto à questão acerca da avaliação do programa em si, é possível dizer-se que houve uma equivalência nas perceções acerca do mesmo nos GE de ambas as amostras. Além disso, é ainda possível acrescentar que esta consonância de perceções subentende alguma objetividade, no que se refere à avaliação das características do programa, dado tratar-se de participantes com papéis e características diferentes. Por isso, a discussão dos mesmos será feita maioritariamente

em conjunto, sem no entanto deixar de ter o cuidado de se incluir nesta reflexão algum aspeto mais característico de cada amostra.

Nos dois GE as subcategorias referentes à avaliação do programa tiveram a mesma ordem de expressão decrescente, ou seja, houve mais perceções quanto à estrutura, seguidas das metas e, por último lugar, o funcionamento, revelando que, na avaliação dos participantes, os mesmos privilegiaram as características estruturais do programa e as suas finalidades.

Quanto à estrutura, em ambos os GE os aspetos positivos ultrapassaram largamente os negativos e coincidentemente as três UR com maior expressão foram a ausência de aspetos negativos, a diversidade/abrangência de atividades e a sua adequação. Estes dados revelam que, tanto os seniores mais ativos e autónomos, como aqueles que se encontram com maiores limitações são sensíveis ao facto de haver diversidade das tarefas, bem como ao propósito a que se destinam. Tais aspetos podem ser suscetíveis de ser compreendidos da seguinte maneira: os seniores mais ativos valorizam o desafio de haver diversidade e privilegiam realizar tarefas que consideram válidas, tendo em conta o seu propósito; por outro lado, os seniores mais velhos valorizam o facto de sentirem que as suas limitações estão a ser eficazmente contempladas, revelando algum insight acerca do que precisam e do que lhes pode ser benéfico.

Em suma, a prevalência desta avaliação positiva da estrutura do programa por parte dos participantes reflete que, para aqueles a que se destina ajudar, o mesmo possui qualidade, incluindo tarefas e dinâmicas diversificadas que vão ao encontro das suas necessidades. Esta finalidade de colmatar as necessidades tem sido amplamente referenciada como algo que deve ser tido em conta na elaboração de intervenções junto da população sénior (e.g. Araújo et al., 2017; Ballesteros, Kraft et al., 2015; Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros et al., 2013; Jiménez et al., 2016; Tardif & Simard, 2011). Além disso, esta abrangência e adequação foi algo que os peritos avaliaram positivamente, aquando da apresentação do programa, considerando ser um dos aspetos chave para o sucesso de uma intervenção junto da população sénior.

Relativamente às perceções das metas que orientaram e que foram alcançadas com a implementação do programa, a eficácia que o mesmo produziu ao nível do funcionamento cognitivo foi a que mais se destacou nas duas amostras. A expressão que esta UR obteve reflete a sensibilidade à concretização de um dos mais importantes objetivos do mesmo. Acresce que, com a conjugação do que foi exposto anteriormente, é possível confirmar a existência da eficácia do programa para dirimir as dificuldades cognitivas de indivíduos que se enquadram no âmbito do DCL.

Em contrapartida, a segunda perceção a ter maior destaque entre as mais-valias do programa foi similar, mas não totalmente coincidente entre os dois GE, na medida em que ambos se referem a uma dimensão social, mas cada um com especificidades diferentes. Para os P/Agentes o segundo principal objetivo, percecionado como tendo sido concretizado, consistiu no facto de o programa potenciar o desenvolvimento de relações interpessoais e a promoção do convívio/atividade social; e para os P/Alvo consistiu no desenvolvimento de relações de interajuda e envolvimento comunitário. Atendendo aos dados qualitativos já mencionados, estas perceções respeitantes à qualidade do programa demonstram que cada GE fez uma avaliação das metas tendo em conta aquilo que era esperado ter gerado no outro grupo.

Estas perceções respeitantes às metas vão ao encontro da literatura, que realça que o voluntariado realizado por seniores é uma atividade produtiva e útil no seio das comunidades (e.g. Bárrios & Fernandes, 2014; Jenkinson et al., 2013; Steunenbergh et al., 2016; WHO, 2002; 2015) e tende a ser vivenciado com uma maior maturidade e envolvimento, comparativamente a pessoas mais jovens (e.g. Anderson et al., 2014; Chen, 2016). Além disso, não tendo sido encontrada nenhuma investigação que fomentasse intervenções de interajudas entre seniores neste âmbito, estes achados contribuem para estimular novas investigações que permitam aprofundar o conhecimento deste tipo de dinâmicas entre os mesmos.

Outro exemplo que reforça ter havido uma correspondência entre as perceções sobre os objetivos promovidos pelo programa por parte dos elementos de uma amostra com o que seria esperado o mesmo influenciar na outra, reside no facto de os P/Agentes terem colocado em segundo plano, ao nível das metas concretizadas, o desenvolvimento de relações interpessoais e a promoção do convívio/atividade social, que foi exatamente aquilo que os respetivos P/Alvo referiram ter sentido como a segunda mais importante vantagem para si. Estes dados reiteram que a intervenção foi eficaz para melhorar a interação social nos seniores e também que o programa foi ao encontro de uma das necessidades que a literatura mais referencia na vivência dos mesmos, sobretudo daqueles que se encontram em situação de maior fragilidade, como é o caso dos P/Alvo (e.g. Cummings, 2002; Francescato et al, 2017; Hailu et al., 2017; Kuiper et al., 2015).

O terceiro aspeto positivo mais referido pelos dois GE foi a promoção de dinâmicas pró-ativas. Contudo, os P/Agentes quando a referiram, reportaram-se maioritariamente ao impacto na esfera do P/alvo e estes últimos, quando exprimiram as suas perceções também as direcionaram para si mesmos. Uma vez que a literatura refere que muitos seniores padecem de uma vida pouco estimulante (e.g. Atkins et al., 2013; Daniel, 2012; Sequeira, 2010; WHO, 2015) e que se preocupam com as suas fragilidades cognitivas (e.g. Hailu et al., 2017; Sousa et

al., 2017; Takács et al., 2017; Yates et al., 2017a), estes resultados refletem que uma das finalidades que o programa se propunha a alcançar foi atingida, tendo a intervenção sido eficaz para criar uma nova oportunidade de ocupação para os seniores que se encontravam menos ativos, com a vantagem de, ao mesmo tempo, corresponder a uma dinâmica nova dirigida às suas fragilidades.

Na avaliação do programa emergiu ainda nos dois GE a subcategoria funcionamento, a qual obteve uma expressão mais pequena, comparativamente às outras duas. Nela, a UR positiva destacada pela grande maioria dos participantes foi a supervisão da equipa de Psicologia enquanto fator facilitador e de segurança. Através da mesma, ficou perceptível que o papel desta equipa foi considerado um garante para os participantes terem sentido apoio na realização das sessões, ao mesmo tempo que conferia autonomia na dinâmica de pares. É de notar ainda que, apesar da coincidência da expressão das perceções a ela referentes, o papel desempenhado por cada elemento da equipa influenciou a forma singular de perspetivar o efeito da supervisão, nomeadamente: os P/Agentes sentiram que iam mais preparados antes das sessões, enquanto que os P/Alvo perceberam uma boa coordenação e seriedade nas dinâmicas instituídas. Tal evidencia que estes aspetos merecem consideração aquando da implementação de programas desta natureza.

De forma a confirmar os dados qualitativos acerca do impacto pessoal e da avaliação do programa, o QEP incluiu uma questão para indagar quais os aspetos que mais contribuiriam para que os participantes recomendassem ou aderissem novamente ao programa. É de salientar que, de uma forma geral, isso aconteceu no que se refere ao peso das mais valias produzidas pelo programa e do impacto pessoal positivo, revestindo assim alguma objetividade dentro das perceções anteriormente expostas. É ainda de realçar que as metas e as vantagens pessoais eram aquelas que precisamente se esperava que representassem a motivação para prosseguir no programa ou sugeri-lo e isso foi exatamente aquilo que veio a suceder. Tanto no GE dos P/Agentes, como o dos P/Alvo, a dimensão com maior peso nas razões para repetir ou/e recomendar foi a subcategoria programa e em segundo lugar é que os participantes equacionaram os ganhos pessoais.

De uma forma geral, pode dizer-se que no GE dos P/Alvo houve uma confirmação dos dados, na medida em que, novamente, os aspetos mais salientados pra motivar uma próxima adesão ou recomendação, tendo em conta o grau da sua importância em ordem decrescente foram, ao nível das repercussões positivas potenciadas pelo programa, a eficácia do mesmo para as dificuldades cognitivas, o facto de o mesmo potenciar o desenvolvimento das dinâmicas pró-ativas e, ainda, o de promover o convívio e a atividade social. Ao nível das vantagens pessoais

sentidas, a eficácia no seu funcionamento cognitivo foi o impacto positivo mais valorizado, seguido da satisfação e prazer e, ainda, de sentirem maior interação e convívio. Disto reitira-se que a eficácia do programa ao nível do funcionamento cognitivo constitui o principal “motor” para uma continuidade ou para sugerir a outra pessoa. Contudo, a interação social e as dinâmicas pró-ativas também mantêm a sua importância. Estes três aspectos, tal como se viu ao longo de toda a discussão, encontram suporte na literatura. Por outro lado, o facto de agora ter havido no impacto pessoal um maior destaque para a satisfação e o prazer, pode prender-se com o aumento que se verificou no BES, sugerindo que a participação teve de facto um aporte positivo também a este nível, indo ao encontro daquilo que as intervenções positivas devem prosseguir (e.g. Araújo et al., 2017; Castel et al., 2017; Jiménez et al., 2016).

Quanto ao GE dos P/Agentes, os dados obtidos nesta nova categoria também confirmam a importância da eficácia do programa e o peso de o mesmo potenciar um papel ativo e útil na comunidade. Note-se que, tanto na subcategoria programa, como no impacto pessoal, a eficácia para as dificuldades cognitivas foi a principal razão a ser destacada para uma nova adesão. Aliás, ao contrário do que primeiramente percecionaram no impacto pessoal positivo, quando questionados sobre as razões para repetir ou/e recomendar, estes participantes destacaram com maior expressão o facto de poderem novamente sentir ganhos ao nível cognitivo. Na realidade, ao auxiliar os P/Alvo, eles também exercitavam as suas capacidades e este aspeto vai ao encontro da literatura que afirma que os seniores saudáveis e mais autónomos beneficiam cognitivamente quando se voluntariam e quando participam em atividades no âmbito das IC, prevenindo quadros de deterioração, justificando, assim, a vontade de repetir ou recomendar (Gates & Valenzuela, 2010; Guiney & Machado, 2018; Kelly et al., 2017; Kelly et al., 2014). Por outro lado, o argumento de que o programa promove relações de interajuda, bem como o facto de valer a pena fazê-lo por o mesmo contribuir para que possam voltar a ter ou potenciar em outras pessoas um papel ativo e útil, reforça mais uma vez que os efeitos que o voluntariado promove e a necessidade que os seniores sentem em se manterem ativos através de papéis com significado podem constituir justificativa para uma nova adesão (Adams et al., 2011; Tabassum et al., 2016; Piliavin & Siegl, 2007; WHO, 2002). Acresce que estas razões para um retorno ou recomendação refletem, ao mesmo tempo, os resultados encontrados ao nível do aumento e manutenção do florescimento, o que significa que as IP são úteis para a modificação do BE, nomeadamente desta sua dimensão (Araújo et al., 2017; Killen & Macaskill, 2015).

### **4.3. Discussão Global dos Objetivos de Estudo**

Quanto ao objetivo principal do estudo, o mesmo pode considerara-se cumprido tendo em conta dois aspetos que se interligam, nomeadamente, a natureza sistémica e inovadora do programa em torno dos propósitos do EA e o desfecho dos seus resultados

Existe uma escassez de estudos experimentais, no âmbito das IC (e.g. Sherman et al., 2017), do BES que se conjuguem com outras medidas objetivas para avaliar a cognição (e.g. Diener, Pressman et al., 2017), no âmbito do florescimento (e.g. Killen & Macaskill, 2015; Momtaz et al., 2015), bem como de IP junto da população sénior (e.g. Araújo et al., 2017; Jiménez et al., 2016) e que conjuguem as IC e BE (Castel et al., 2017; Gates et al., 2014; Tardif & Simard, 2011; Woods et al., 2012), especialmente no que se refere às que promovem, simultaneamente, a dimensão social e cognitiva (e.g. Ballesteros, Kraft et al., 2015).

Não tendo sido encontrada na literatura menção a nenhuma investigação que incida simultaneamente nestas variáveis, através de uma dinâmica interpares de seniores de uma mesma comunidade, o programa criado consistiu numa forma inovadora de intervenção no âmbito do BE, das capacidades cognitivas e na dimensão social dos seniores, as quais correspondem também a alguns dos principais determinantes (pessoais e sociais) e pilares do EA (saúde e participação), refletindo ainda a noção ampla de atividade inclusiva presente neste conceito (Abdullah & Wollbring, 2013; de São José & Teixeira, 2014; Fernández-Ballesteros et al., 2017; Paúl et al., 2012; Walker, 2015; Walker & Zaidi, 2016; WHO, 2002; 2015).

Assim, esta inovação confere uma natureza exploratória a este estudo realizado no âmbito do EA, que, apesar de consistir numa política major a ser implementada (Bülow & Söderqvist, 2014; Fernández-Ballesteros et al., 2013; Walker & Maltby, 2012; SNS, 2017) neste contexto de envelhecimento populacional mundial e nacional (e.g. EC, 2014; 2015; INE, 2012; 2017; UN, 2017a; WHO, 2015), é ainda desprovido de programas de intervenção, especialmente com cariz comunitário (Bárrios & Feranades, 2014; Menichetti et al., 2016).

Quanto ao primeiro dos objetivos específicos, o facto de a construção do programa ter sido alicerçada tanto em aspetos amplamente reiterados na literatura, como também na experiência clínica prévia do autor em IC, bem como ter sido submetido a uma peritagem por parte de dois profissionais possibilitou uma reflexão profunda dos conteúdos e das dinâmicas antes da sua implementação. Este desenho permitiu proporcionar aos P/Agentes a realização de novas aprendizagens teóricas e práticas, a ampliação da sua rede de contactos e o envolvimento numa atividade social produtiva através do voluntariado que lhes atribuiu um papel ativo e de utilidade no seio da sua comunidade, influenciando assim, o seu BES e florescimento de uma forma positiva.

Simultaneamente, ao possibilitar nos P/Alvo, que vivenciavam prejuízos cognitivos e uma maior restrição social, terem acesso a uma intervenção dirigida às suas dificuldades cognitivas e também ampliar a sua rede de contacto e de apoio, com indivíduos que reconheciam estar mais próximos dos seus problemas etários e que foram quem diretamente contribuiu para a dinâmica das sessões, esta intervenção foi eficaz para melhorar o seu funcionamento cognitivo, ao mesmo tempo que aumentou o seu BES.

Relativamente ao segundo objetivo específico, tendo em conta os pressupostos descritos na literatura (Erdfelder & Musch, 2006; Kumar, 2014; Pais-Ribeiro, 2010; Shaughnessy et al., 2009), este estudo seguiu o método experimental e contribuiu para suprir a lacuna da existência de investigações com este cariz no âmbito das IC e IP (e.g. Araújo et al., 2017; Ballesteros, Kraft et al., 2015; Sherman et al., 2017; Tardif & Simard, 2011).

Para além do seu cariz experimental, quanto ao método de estudo e recolha de dados, esta investigação apresentou a vantagem de seguir uma metodologia mista integrando técnicas de recolha e análise quantitativas e qualitativas que, não só se complementaram na compreensão do impacto do programa, como proporcionaram ainda o acesso à profundidade das vivências e perspetivas acerca do mesmo, as quais estavam fora do alcance das medidas padronizadas. Na realidade, a análise resultante do QEP muitas vezes veio a trazer acesso a informação adicional útil à que foi realizada com base nas escalas escolhidas, confirmando a literatura que defende a vantagem do seguimento de uma metodologia mista (Kumar, 2014; Pais-Ribeiro, 2010). Deste modo, a análise do QEP e a sua codificação contribuíram para que o terceiro objetivo específico fosse alcançado, na medida em que foi possível aceder às perceções respeitantes à experiência e à avaliação do impacto e características do programa, bem como de sugestões de melhoria. Uma vez que a discussão das questões colocadas na investigação possibilitou verificar que o impacto pessoal e as características do programa foram maioritariamente consideradas positivas nos GE de ambas as amostras, reiterando a qualidade e adequação dos seus propósitos, a discussão deste objetivo prende-se mais com as sugestões de melhoria que possam contribuir para proceder-se a uma futura reestruturação.

À semelhança do que sucedeu anteriormente, nas sugestões de melhoria ao programa houve uma consonância entre os GE de cada amostra no que se refere às UC e à sua ordem de expressão. Porém, o mesmo não se aplicou às UR que emergiram, reiterando que, a par de um olhar aparentemente comum, existiram perceções distintas entre os P/Agentes e P/Alvo, o que denota a importância das circunstâncias e do papel desempenhado para a explicação deste olhar singular entre as amostras.

Assim, para ambos os GE, as sugestões de melhoria reportaram-se primeiramente à estrutura do programa, em segundo lugar à manutenção do mesmo e, por fim, às alterações no seu funcionamento. Todavia, as mudanças da estrutura do programa propostas foram diferentes e devem ser entendidas com alguma cautela face ao peso que a manutenção do programa adquiriu. Para os P/Agentes, as principais alterações prenderam-se com a inclusão de novas atividades, sendo seguidas pela sugestão da sua simplificação ou diminuição, que, por sua vez, foram contraditas pelas UR que obtiveram a terceira maior expressão, nomeadamente referentes à sugestão de complexificar ou aumentar as atividades e ao aumento do tempo das sessões. Em contrapartida, as três primeiras sugestões dos P/Alvo, de acordo com uma ordem decrescente de expressão, foram o aumento do número de sessões, a complexificação ou o aumento das atividades e diminuir o tempo de sessões.

Estas diferentes perspetivas podem justificar-se pelo facto de os P/Alvo valorizarem os efeitos positivos que as atividades produzem no seu funcionamento cognitivo e social. Por outro lado, a proposta de sessões mais diversificadas e com maior tempo, por parte dos P/Agentes pode prender-se com a importância de quererem que os indivíduos com que trabalharam consigam usufruir de mais oportunidades e tempo para executar as tarefas com mais benefício. Por sua vez, este propósito subjacente a estas sugestões encontra reforço, atendendo ao facto de o mesmo refletir a perceção da autoeficácia (eficiência e empenho) e o relevo que atribuíram ao envolvimento em atividades que possam sentir-se úteis, ou seja, a importância que atribuíram ao seu papel de voluntários pode estar latente no desejo de maior rendimento por parte dos P/Alvo.

Apesar da existência e do interesse destas propostas de mudança da estrutura, as mesmas devem ser acolhidas com alguma ressalva atendendo não só à falta de concordância que obtiveram entre os GE, mas, sobretudo, porque cada uma delas teve um peso diminuto, quando analisadas no conjunto de todas as outras UR da categoria sugestões, onde se verifica que, na realidade, a UR que singularmente obteve uma expressão relevante foi a manutenção do programa, que aliás correspondeu à segunda UC a ter maior expressão.

Assim, é possível afirmar-se que a intervenção foi eficaz e que, atendendo às poucas propostas apresentadas relativamente à sua estrutura, o desenho do programa deve essencialmente manter-se. Porém, uma vez a que as IC podem ser maleáveis na sua estrutura, no que se refere ao número de sessões e a extensão do seu tempo de duração (e.g. Mewborn et al., 2017; Sherman et al., 2017; Tardif & Simard, 2011) e que alguns P/Alvo propuseram o aumento do número das mesmas, seria interessante realizar uma nova versão do programa que

contemplasse mais um dia de atividades para verificar a existência ou não de melhores resultados cognitivos, sem ultrapassar o limite proposto por Lampitt et al. (2014).

Quanto à última UC, respeitante às sugestões, só um P/Alvo fez referência ao funcionamento, enquanto nove P/Agentes atribuíram-lhe destaque. As principais mudanças propostas por estes visaram o acesso a materiais diversificados e melhores condições ambientais. Infelizmente, isto retrata algumas carências dos CD e a necessidade de um maior investimento nestas instituições de apoio, especialmente atendendo ao facto de que a população nacional está cada vez mais envelhecida, requerendo, por isso, uma ação concertada e sinérgica entre os indivíduos, os governos e autoridades locais e as organizações civis e de cariz social e que as estratégias preventivas e promotoras da saúde, como é o caso das intervenções cognitivas e positivas, podem contribuir para uma vida com maior qualidade e autonomia, constituindo um encargo muito inferior ao que sucede quando as pessoas seniores se tornam mais dependentes e com risco acrescentado de progressão para demências (Bárrios & Fernandes, 2014; Beard et al., 2017; Fernández-Ballesteros et al., 2013; Prince et al., 2015; Walker, 2015; Walker & Zaidi, 2016; WHO, 2002; 2015); .

De facto, as sugestões que os P/Agentes referiram quanto ao funcionamento permitiram a reflexão acerca de duas possibilidades de incremento para a realização de um futuro estudo comparativo com o programa original, mas que dependem muito da capacidade de resposta das instituições. Uma delas poderia passar pelo recurso a plataformas informáticas para a realização da parte das sessões relativas aos exercícios cognitivos e a outra passaria pela integração de uma componente musical ou de atividade física no fim das sessões. Estas medidas, além de ir ao encontro da diversidade proposta por estes participantes, apresentam algumas vantagens. No que se refere à realização do TC com recurso a uma plataforma informática, embora (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Ballesteros et al., 2014; Tsolaki et al., 2011) se refira não haver diferenças de resultados relativamente ao treino realizado com recurso a papel, a sua concretização pode constituir uma forma mais apelativa, contribuindo para motivar os participantes, mas, sobretudo, permitiria um registo automático das sessões, facilitando o acompanhamento da evolução das mesmas e a reunião de informação clínica de forma mais célere. Quanto a uma integração de uma componente musical ou física, a literatura realça as mais-valias da conjugação de diferentes modalidades de intervenção no que se refere à estimulação (Ballesteros, Kraft et al., 2015; Balogh & Wong, 2017; Bamidis et al., 2014; Klimova et al., 2017; Ngandu et al., 2015; Sherman et al., 2017).

De facto, a recolha das sugestões dos participantes relativas à mudança da estrutura foram menos relevantes do que a sugestão da manutenção do programa, corroborando a eficácia e

adequação do mesmo e, conseqüentemente, a sua validação. Porém, também permitiram a reflexão de novos futuros estudos, alertando, simultaneamente, para a necessidade de investimento nas instituições de apoio e na investigação, no sentido da obtenção dos recursos necessários para promover dinâmicas que, a longo prazo, para além de poderem representar um menor custo, têm a vantagem de melhorar o BE, a saúde cognitiva, através da promoção de um envelhecimento ativo. Aliás, ainda no que se refere à relação custo/benefício, dinâmicas entre pares que permitem uma interajuda comunitária, como a que foi explorada nesta investigação, possibilitam que o pendor seja ainda mais forte no que respeita aos benefícios e menor quanto aos custos (Anderson et al., 2014; Carr et al., 2018; Jenkinson et al., 2013; Principi et al., 2016; Steptoe et al., 2015; Steunenbergh et al., 2016; Stone & Parks, 2018; van den Boogard et al., 2014; Wilson, 2000; WHO, 2015).

De certa forma, estas ideias encontram ressonância no que se encontra presente no último objetivo deste estudo. Ao integrar um terceiro momento de recolha das VD, foi possível constatar que nos P/Agentes os efeitos alcançados com a participação no programa ao nível do BES e do florescimento perduraram, enquanto nos P/Alvo isso aconteceu nos AN e na SCV. Esta manutenção dos efeitos alcançados corrobora a importância de se promover intervenções junto da população sénior que aumentem o BE e, conseqüentemente a saúde (Araújo et al., 2017; De Neve et al., 2013; Diener, Heintzelman et al., 2017). Mesmo as perdas que ocorreram no M3 nos P/Alvo ao nível dos AP e do funcionamento cognitivo também sublinham que as intervenções sociais e cognitivas merecem uma maior difusão e, ainda, reforçam que não devem ser interrompidas, quando dirigidas a camadas da população que apresentam prejuízos no âmbito do DCL e cujas características pessoais impeçam que possam gerar mecanismos de forma a manter os ganhos obtidos. Na realidade, o programa surtiu efeito nestas variáveis, mas em indivíduos que vivenciam maior comprometimento cognitivo e restrição social, a retirada da intervenção produz um decréscimo rápido dos benefícios.

De facto, uma das limitações do estudo foi não ter integrado uma avaliação cognitiva dos P/Agentes, pois isso poderia contribuir para verificar se eventuais ganhos ao nível do funcionamento cognitivo em indivíduos com envelhecimento normal, seguiriam a mesma tendência, ou não, dos P/Alvo. Não obstante, este não foi um objetivo inicial, uma vez que nesta amostra os indivíduos mantinham uma vida completamente autónoma e ativa, fazendo mais sentido explorar o seu florescimento, devido ao papel que lhes competia nesta investigação e, ainda, pelo facto de corresponder uma dimensão do BE pouco investigada (e.g. Araújo et al., 2017; Killen & Macaskill., 2015; Momtaz et al., 2016). Por isso, sugere-se que num futuro estudo se realize uma comparação relativa ao funcionamento cognitivo entre indivíduos

cognitivamente saudáveis e indivíduos que apresentam défices cognitivos, mantendo presente que, no caso dos primeiros, os ganhos podem ser menos perceptíveis e que o papel das IC assume, neste enquadramento, um cariz mais preventivo (e.g. Mewborn et al., 2017).

Por outro lado, outra limitação foi não se ter estudado o florescimento dos P/Alvo. Contudo, isto justifica-se por uma série de fatores: o tempo para a realização do estudo; a disponibilidade das salas dos CD para se fazer as recolhas de dados; o cansaço que uma avaliação mais extensa poderia provocar nos participantes com estas características; e privilegiar a análise do funcionamento cognitivo, uma vez que, ao contrário dos P/Agentes, os P/alvo precisavam de uma IC devido às suas limitações.

Um outro aspeto que poderia fortalecer a compreensão do impacto do programa de intervenção seria ter havido mais participantes. Contudo, sendo uma investigação experimental junto de uma população com características e fragilidades específicas, as duas amostras podem ser consideradas consistentes (Breakwell et al., 2010; Kumar, 2014; Pais-Ribeiro, 2010).

#### **4.4. Conclusão**

Em conclusão, a realização deste estudo procurou colmatar a ausência de investigação científica no âmbito das IP e IC junto da população sénior. O programa de intervenção conseguiu reunir consenso na peritagem e a conjugação dos resultados quantitativos e qualitativos reforçaram a sua validação. Esta intervenção conseguiu cumprir os propósitos a que se propunha, na medida em que criou dinâmicas que possibilitaram ir ao encontro das necessidades referidas como estando presentes nos seniores com envelhecimento normal, como também nos seniores que vivenciam maiores limitações cognitivas e sociais. Tendo estas sido realizadas essencialmente pelos participantes seniores através de uma interajuda comunitária, este programa permitiu dar voz ativa aos mesmos, sendo, por isso, possível considerar este estudo pioneiro e integrado no âmbito do EA. A participação num programa desta natureza demonstrou-se eficaz para melhorar o BES e o florescimento de seniores com envelhecimento normal e, simultaneamente, foi útil para melhorar o BES e o funcionamento cognitivo de seniores mais velhos que se encontram perante a vivência de prejuízos correspondentes aos quadros de DCL e com restrições sociais. Outro aspeto crucial deste estudo foi chamar a atenção para os benefícios do envolvimento de instituições como as US e as IPSS que trabalham em prol do BE, qualidade de vida e saúde dos seniores portugueses. A sua integração e o cumprimento das diretrizes da OMS para a promoção do EA e da saúde nesta população, revestiram o presente estudo como sendo uma mais-valia para a saúde pública em Portugal.

## Referências

- Abdullah, B., & Wollbring, G. (2013). Analysis of newspaper coverage of active aging through the lens of the 2002 World Health Organization active ageing report: A policy framework and the 2010 Toronto charter for physical activity: a global call for action. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *10*, 6799-6819. doi:10.3390/ijerph10126799
- Achenbaum, W. A. (2015). A History of Ageism Since 1969. *Generations – Journal of the American Society on Aging*, *39*(3), 10-16.
- Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, *31*, 683-712. doi:10.1017/S0144686X10001091
- Agogo, D., Milne, G. R., & Schewe, C. D. (2014). Time benders: A model of subjective aging in aging adults. *Health Marketing Quarterly*, *31*, 383-398. doi:10.1080/07359683.2014.966010
- Ahmed, A., Chaudhry, A. G., & Farooq, H. (2015). Perceived ageing and elders health; An anthropological study of older persons of Rawalpindi. *Professional Medical Journal*, *22*, 577-581.
- Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2014). *Psicologia do adulto idoso*. Lisboa, Portugal: Edições Piaget.
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., & ... Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal Of The Alzheimer's Association*, *7*(3), 270-279. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.008
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coords.). *Manual de Gerontologia* (pp. 21-40). Lisboa, Portugal: LIDEL – Edições Técnicas.
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education & Counseling*, *53*, 239-244. doi:10.1016/S0738-3991(03)00146-0
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5™*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (APA) (2010). *Ethical pinciples of psychologists and code of conduct*. Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

- American Psychological Association (APA) (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, *69*(1), 34-65. doi:10.1037/a0035063
- Anderson, N. D., Damianakis, T., Kröger, E., Wagner, L. M., Dawson, D. R., Binns, M. A., ... Cook, S. L. (2014). The benefits associated with volunteering among seniors: A critical review and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, *140*, 1505-1533. doi:10.1037/a0037610
- Apóstolo, J. L. A. (2013). Envelhecimento saúde e cidadania. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (9), 205-208.
- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2017). Hedonic and eudaimonic well-being in old age through Positive Psychology studies: A scoping review. *Anales de Psicología*, *33*, 568-577. doi:10.6018/analesps.33.2.265621
- Arrubla-Sánchez, D. J. (2013). La política social en sociedades que envejecen / Social policy in ageing societies. *Revista Gerencia y Políticas De Salud*, *12*, 267-270.
- Associação de Alzheimer Portugal (AAP) (2018). *O défice cognitivo ligeiro*. Retrieved from <http://alzheimerportugal.org/pt/defice-cognitivo-ligeiro>
- Atkins, J., Naismith, S. L., Luscombe, G. M., & Hickie, I. B. (2013). Psychological distress and quality of life in older persons: Relative contributions of fixed and modifiable risk factors. *BioMed Central Psychiatry*, *13*(1), 40-59. doi:10.1186/1471-244X-13-249
- Avia, M.-D., Martínez-Martí, M.-L., Rey-Abad, M., Ruiz, M.-A., & Carrasco, I. (2012). Evaluación de un programa de revisión de vida positivo en dos muestras de personas mayores. / Evaluation of a positive life review programme in two samples of elderly people. *Revista de Psicología Social*, *27*, 141-156. doi:10.1174/021347412800337852
- Baker, F. A., & Ballantyne, J. (2013). “You've got to accentuate the positive”: Group songwriting to promote a life of enjoyment, engagement and meaning in aging Australians. *Nordic Journal of Music Therapy*, *22*(1), 7-24. doi:10.1080/08098131.2012.678372
- Ballesteros, S., Kraft, E., Santana, S., & Tziraki, C. (2015). Maintaining older brain functionality: A targeted review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *55*, 453-477. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.06.008
- Ballesteros, S., Mayas, J., Prieto, A., Toril, P., Pita, C., de León, L. P., ... Waterworth, J. A. (2015). A randomized controlled trial of brain training with non-action video games in older adults: Results of the 3-month follow-up. *Frontiers In Aging Neuroscience*, *7*, 1-12. doi:10.3389/fnagi.2015.00045

- Ballesteros, S., Prieto, A., Mayas, J., Toril, P., Pita, C., de León, L. P., ... Waterworth, J. (2014). Brain training with non-action video games enhances aspects of cognition in older adults: A randomized controlled trial. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6, 1-14. doi:10.3389/fnagi.2014.00277
- Balogh, K., & Wong, R. Y. (2017). Twelve tips for assessing and managing mild cognitive impairment and major neurocognitive disorder in older people. *British Columbia Medical Journal*, 59(3), 158-164.
- Bamidis, P. D., Vivas, A. B., Styliadis, C., Frantzidis, C., Klados, M., Schlee, W., & ... Papageorgiou, S. G. (2014). A review of physical and cognitive interventions in aging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 44, 206-220. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.03.019
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: Análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32, 188-196. doi:10.1016/j.rpsp.2014.09.002
- Barros de Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª ed.). Porto, Portugal: Legis Editora.
- Bauer, C. M., Cabral, H. J., & Killiany, R. J. (2018). Multimodal Discrimination between Normal Aging, Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease and Prediction of Cognitive Decline. *Diagnostics*, 8, 2075-4418. doi:10.3390/diagnostics8010014
- Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimer's & Dementia: The Journal Of The Alzheimer's Association*, 11(6), 718-726. doi:10.1016/j.jalz.2015.05.016
- Beard, J. R., de Carvalho, I. A., Sumi, Y., Officer, A., & Thiyagarajan, J. A. (2017). Healthy ageing: Moving forward. *Bulletin of the World Health Organization*, 95, 730-730A. doi:10.2471/BLT.17.203745
- Belleville, S. (2008). Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 57-66. doi:10.1017/S104161020700631X
- Belleville, S., & Bherer, L. (2012). Biomarkers of cognitive training effects in aging. *Current Translational Geriatrics and Experimental Gerontology Reports*, 1, 104-110. doi:10.1007/s13670-012-0014-5
- Belleville, S., Hudon, C., Bier, N., Brodeur, C., Gilbert, B., Grenier, S., ... Gauthier, S. (2018). MEMO+: Efficacy, durability and effect of cognitive training and psychosocial intervention in individuals with mild cognitive impairment. *Journal of The American Geriatrics Society*, 66, 655-663. doi:10.1111/jgs.15192

- Belsky, D. W., Caspi, A., Cohen, H. J., Kraus, W. E., Ramrakha, S., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2017). Impact of early personal-history characteristics on the pace of aging: Implications for clinical trials of therapies to slow aging and extend healthspan. *Aging Cell, 16*, 644-651. doi:10.1111/accel.12591
- Bengston, V. L., Gans, D.; Putney, N. M., & Silverstein, M. (2009). Theories about age and aging. In V. L. Bengston, M. Silverstein, N. M. Putney & D. Gans (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 3-23). New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.
- Bengston, V. L., & Settersten, R. A., Jr. (2016). Theories of aging: Developments within and across disciplinary boundaries. In V. L. Bengston & R. A., Jr. Settersten (Eds.), *Handbook of theories of aging* (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 1-7). New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.
- Berger, C., Milicic, N., Alcalay, L., & Torretti, A. (2014). Programa para el bienestar y aprendizaje socioemocional en estudiantes de tercero y cuarto grado: Descripción y evaluación de impacto. *Revista Latinoamericana de Psicología, 46*, 169-177. doi:10.1016/S0120-0534(14)70020-2
- Birren, J. E. (1995). Editorial: New models of aging: Comment on need and creative efforts. *Canadian Journal on Aging, 14*, 1–3. doi:10.1017/S0714980800010424
- Biswas-Diener, R., Kashdan, T. B., & King, L. A. (2009). Two traditions of happiness research, not two distinct types of happiness. *Journal of Positive Psychology, 4*, 208-211. doi:10.1080/17439760902844400
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BioMed Central Public Health, 13*(1), 1-20. doi:10.1186/1471-2458-13-119
- Borella, E., Carretti, B., Cantarella, A., Riboldi, F., Zavagnin, M., & De Beni, R. (2014). Benefits of training visuospatial working memory in young–old and old–old. *Developmental Psychology, 50*(3), 714-727. doi:10.1037/a0034293
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago, IL: Aldine Publishing Company.
- Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2010). *Métodos de pesquisa em psicologia* (3<sup>rd</sup> ed.). Porto Alegre – RS, Brasil: Artmed.
- Brehmer, Y., Shing, Y. L., Heekeren, H. R., Lindenberger, U., & Bäckman, L. (2016). Training-induced changes in subsequent-memory effects: No major differences among children, younger adults, and older adults. *Neuroimage, 131*, 214-225. doi:10.1016/j.neuroimage.2015.11.074

- Brooke, J. (2018). Differentiation of delirium, dementia and delirium superimposed on dementia in the older person. *British Journal of Nursing*, 27, 363-367. doi:10.12968/bjon.2018.27.7.363
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, 14, 320-327. doi:10.1111/1467-9280.14461
- Bülow, M. H., & Söderqvist, T. (2014). Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal Of Aging Studies*, 31, 139-149. doi:10.1016/j.jaging.2014.08.009
- Buschert, V., Bokde, A. L. W., & Hampel, H. (2010). Cognitive intervention in Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*, 6(9), 508-517. doi:10.1038/nrneurol.2010.113
- Buschert, V. C., Friese, U., Teipel, S. J., Schneider, P., Merensky, W., Rujescu, D., & ... Buerger, K. (2011). Effects of a newly developed cognitive intervention in amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease: A pilot study. *Journal Of Alzheimer's Disease*, 25(4), 679-694. doi:10.3233/JAD-2011-100999
- Burstein, S. R. (1946). Gerontology: a modern science with a long history. *Postgraduate Medical Journal*, 22, 185-190. doi:10.1136/pgmj.22.249.185
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246. doi:10.1093/geront/9.4\_Part\_1.243
- Cabrita, M., Lamers, S. M. A., Trompeter, H. R., Tabak, M., & Vollenbroek-Hutten, M. M. R. (2017). Exploring the relation between positive emotions and the functional status of older adults living independently: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 21, 1121-1128. doi:10.1080/13607863.2016.1204982
- Cachioni, M. (2012). Universidade da Terceira Idade: História e pesquisa. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(7), 01-08.
- Cachioni, M., Delfino, L. L., Yassuda, M. S., Batistoni, S. S., de Melo, R. C., & Domingues, M. A. R. D. C. (2017). Bem-estar subjetivo e psicológico de idosos participantes de uma universidade aberta à terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20, 340-352. doi:10.1590/1981-22562017020.160179
- Cachioni, M., Nascimento Ordonez, T. N., da Silva, T. B. L., Batistoni, S. S. T., Yassuda, M. S., Melo, R. C., ... Lopes, A. (2014). Motivational factors and predictors for attending a continuing education program for older adults. *Educational Gerontology*, 40, 584-596. doi:10.1080/03601277.2013.802188

- Camaliente, L. G., & Boccalandro, M. P. R. (2017). Felicidade e bem-estar na visão da Psicologia Positiva. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, 37, 206-227.
- Campbell, N. L., Unverzagt, F., LaMantia, M. A., Khan, B. A., & Boustani, M. A. (2013). Risk factors for the progression of mild cognitive impairment to dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 873-893. doi:10.1016/j.cger.2013.07.009
- Cannon, M. L. (2015). What is aging? *Disease-a-Month*, 61, 454-459. doi:10.1016/j.disamonth.2015.09.002
- Caprara, M., Molina, M. Á., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V. M., & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active aging promotion: Results from the vital aging program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-14. doi:10.1155/2013/817813
- Carr, D. C., Kail, B. L., & Rowe, J. W. (2018). The relation of volunteering and subsequent changes in physical disability in older adults. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(3), 511-521 . doi:10.1093/geronb/gbx102
- Carretti, B., Borella, E., Fostinelli, S., & Zavagnin, M. (2013). Benefits of training working memory in amnesic mild cognitive impairment: Specific and transfer effects. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 617-626. doi:10.1017/S1041610212002177
- Carstensen, L. L. (2006). The Influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913-1915. doi:10.1126/science.1127488
- Carstensen, L. L., & DeLiema, M. (2018). The positivity effect: A negativity bias in youth fades with age. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 7-12. doi:10.1016/j.cobeha.2017.07.009
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 103-123.
- Carstensen, L. L., & Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 117-121.
- Carvalho, A., & Sampaio, M. (2017). Volunteer management beyond prescribed best practice: A case study of Portuguese non-profits. *Personnel Review*, 46, 410-428. doi:10.1108/PR-04-2014-0081
- Carvalho, F. C. R., Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2010). Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. = Episodic memory training with emphasis on categorization for older adults without dementia and depression. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 23(2), 317-323. doi:10.1590/S0102-79722010000200014

- Carvalho, L., & da Silva, M. F. (2015). Universidades da terceira idade: Dimensão educativa e social. *Aprender – Revista da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Portalegre*, 36, 48-62.
- Casey, G. (2017). The biology of ageing. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 23, 20-24.
- Castel, A., Lluch, C., Ribas, J., Borràs, L., & Moltó, E. (2017). Effects of a cognitive stimulation program on psychological well-being in a sample of elderly long-term care hospital inpatients. *Aging & Mental Health*, 21(1), 88-94. doi:10.1080/13607863.2015.1099033
- Cavalcanti, A. D., Moreira, R. S., Barbosa, J. M. V., & Silva, V. L. (2016). Envelhecimento ativo e estilo de vida: Uma revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 21(1), 71-89.
- Cecato, J. F., Montiel, J. M., Bartholomeu, D., & Martinelli, J. E. (2014). Poder preditivo do MoCa na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência [MoCa predictive power in neuropsychological assessment of patients with dementia]. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17, 707-719. doi:10.1590/1809-9823.2014.13123
- Chandler, M. J., Parks, A. C., Marsiske, M., Rotblatt, L. J., & Smith, G. E. (2016). Everyday impact of cognitive interventions in mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 26(3), 225-251. doi:10.1007/s11065-016-9330-4
- Charles, S., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100448
- Checa, I., Perales, J., & Espejo, B. (2017). Spanish validation of the flourishing scale in the general population. *Current Psychology: A Journal For Diverse Perspectives On Diverse Psychological Issues*, doi:10.1007/s12144-017-9581-0
- Chen, L. (2016). Not just helping: What and how older men learn when they volunteer. *Educational Gerontology*, 42, 175-185. doi:10.1080/03601277.2015.1085786
- Chen, F. F., Bai, L., Lee, J. M., & Jing, Y. (2016). Culture and the structure of affect: A bifactor modeling approach. *Journal of Happiness Studies*, 17, 1801-1824. doi:10.1007/s10902-015-9671-3
- Chen, F. F., Jing, Y., Hayes, A., & Lee, J. M. (2013). Two concepts or two approaches? A bifactor analysis of psychological and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1033-1068. doi:10.1007/s10902-012-9367-x
- Cho, J., Martin, P., & Poon, L. W. (2015). Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults. *The Gerontologist*, 55(1), 132-143. doi:10.1093/geront/gnu074

- Choi, K.-S., Stewart, R., & Dewey, M. (2013). Participation in productive activities and depression among older europeans: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 1157–1165. doi:10.1002/gps.3936
- Ciesielska, N., Sokołowski, R., Mazur, E., Podhorecka, M., Polak-Szabela, A., & Kędziora-Kornatowska, K. (2016). Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. *Psychiatria Polska*, 50(5), 1039-1052. doi:10.12740/PP/45368
- Ciosak, S. I., Braz, E., Costa, M. F. B. N. A., Nakano, N. G. R., Rodrigues, J., Alencar, R. A., ... da Rocha, A. C. A. L. (2011). Senescência e senilidade: Novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 1763-1768. doi:10.1590/S0080-62342011000800022
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385-401. doi:10.1080/09602010443000074
- Clark, D. O., Xu, H., Unverzagt, F. W., & Hendrie, H. (2016). Does targeted cognitive training reduce educational disparities in cognitive function among cognitively normal older adults?. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 31(7), 809-817. doi:10.1002/gps.4395
- Compløj, E., West, J., Mian, M., Kluth, L. A., Karl, A., Dechet, C., ... Pycha, A. (2015). Comparison of complications from radical cystectomy between old-old versus oldest-old patients. *Urologia Internationalis*, 94(1), 25-30. doi:10.1159/000358731
- Conde-Ruiz, J. I., & González, C. I. (2016). From Bismarck to Beveridge: The other pension reform in Spain. *SERIEs – Journal of the Spanish Economic Association*, 7, 461-490. doi:10.1007/s13209-016-0148-3
- Cooke, P. J., Melchert, T. P., & Connor, K. (2016). Measuring well-being: A review of instruments. *The Counseling Psychologist*, 44, 730-757. doi:10.1177/0011000016633507
- Corrigan, J. D., Kolakowsky-Hayner, S., Wright, J., Bellon, K., & Carufel, P. (2013). The Satisfaction With Life Scale. *The Journal Of Head Trauma Rehabilitation*, 28, 489-491. doi:10.1097/HTR.0000000000000004
- Costa, A. R. D., & Sequeira, C. (2013). Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com déficit cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Saude Mental*, 9, 14-20.

- Crivelli, L., Della Bella, S., & Lucchini, M. (2016). Multidimensional well-being in contemporary Europe: An analysis of the use of a self-organizing map applied to SHARE data. In J. Sachs, L. Becchetti & A. Annett (Eds.), *World happiness report 2016, special Rome edition* (Vol. II) (pp. 104-127). New York, NY: Sustainable Development Solutions Network. Retrieved from [http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2016/03/HR-V2\\_web.pdf](http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2016/03/HR-V2_web.pdf)
- Crocker, P. R. E. (1997). A confirmatory factor analysis of the positive affect negative affect schedule (PANAS) with a youth sport sample. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *19*(1), 91-97.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow – The psychology of optimal experience*. New York, NY: Harper & Row.
- Cummings, S. M. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work*, *27*, 293-302.
- Cutler, A. A., Dammer, E. B., Doung, D. M., Seyfried, N. T., Corbett, A. H., & Pavlath, G. K. (2017). Biochemical isolation of myonuclei employed to define changes to the myonuclear proteome that occur with aging. *Aging Cell*, *16*, 738-749. doi:10.1111/accel.12604
- da Fonte, C. A. M., Ferreira, C. M., F. & Alves, S. A. P. (2017). Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: Relações entre psicopatologia e bem-estar. *Psique, Journal of Research Centre For Psychology of The Universidade Autonoma de Lisboa*, *XIII*, 57-74.
- Daniel, A. C. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *28*(2), 79-86.
- Daniel, F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, *XXXIII*, 291-301. doi:10.14417/ap.972
- Daniel, F., Caetano, E., Monteiro, R., & Amaral, I. (2016). Representações sociais do envelhecimento ativo num olhar genderizado. *Análise Psicológica*, *XXXIV*, 353-364. doi:10.14417/ap.1020
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Espirito Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Ansiedade Geriátrica numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *1*, 15-30. doi:10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22
- de Almeida, M. F. (2016). Iniciativas de participação cidadã de idosos em Portugal: Um estudo exploratório. *Análise Social*, *51*(219), 402-431.

- de Brito, T. R. P., Nunes, D. P., Corona, L. P., Alexandre, T. D. S., & Duarte, Y. A. D. O. (2017). Low supply of social support as risk factor for mortality in the older adults. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 73,77-81. doi:10.1016/j.archger.2017.07.016
- de Neve, J.-E., Diener, E., Tay, L., & Xuereb, C. (2013). The objective benefits of subjective well-being. In J. Helliwell, R. Layard & J. Sachs (Eds.), *World happiness report 2013*. New York, NY: UN Sustainable Development Solutions Network. Retrieved from [http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2013/09/WorldHappinessReport2013\\_online.pdf](http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2013/09/WorldHappinessReport2013_online.pdf)
- de São José, J., & Teixeira, A. R. (2014). Envelhecimento ativo: Contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, XLIX(1), 27-54.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. doi:10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychologist*, 67, 590-597. doi:10.1037/a0029541
- Diener, E. (2013). The Remarkable Changes in the science of subjective well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 663-666. doi:10.1177/1745691613507583
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: The cutting edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27(1), 21-33.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117. doi:10.1037/0022-3514.47.5.1105
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Grifflins, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Heintzelman, S. J., Kushlev, K., Tay, L., Wirtz, D., Lutes, L. D., & Oishi, S. (2017). Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 58, 87-104. doi:10.1037/cap0000063
- Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2013). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research*, 112, 497-527. doi:10.1007/s11205-012-0076-y

- Diener, E., Kanazawa, S., Suh, E. M., & Oishi, S. (2015). Why people are in a generally good mood. *Personality and Social Psychology Review*, *19*, 235-256. doi:10.1177/1088868314544467
- Diener, E., Kesebir, P., & Lucas, R. (2008). Benefits of accounts of well-being — For societies and for psychological science. *Applied Psychology: An International Review*, *57*(1),37-53. doi:10.1111/j.1464-0597.2008.00353.x
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and open questions in the science of subjective well-being. *Collabra: Psychology*, *4*(1):15, 1-49. doi: 10.1525/collabra.115
- Diener, E., Oishi, O., & Tay, L. (2018). Advances in well-being research. *Nature Human Behaviour*, *2*, 253-260. doi:10.1038/s41562-018-0307-6
- Diener, E., Pressman, S. D., Hunter, J., & Delgadillo-Chase, D. (2017). If, why, and when subjective well-being influences health, and future needed research. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *9*, 133-167. doi:10.1111/aphw.12090
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, *39*, 391-406. doi:10.1177/008124630903900402
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2004). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, *15*, 187-219. doi:10.1016/S1566-3124(03)15007-9
- Diener, E., Smith, H., & Fujita, F. (1995). The Personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(1), 130-141.
- Diener, E., & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. In K. W. Schaie & M. P. Lawton (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics, Vol. 17: Focus on emotion and adult development* (pp. 304-324). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*, 276–302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, *24*(1), 25-41.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicator Research*, *97*, 143-156. doi:10.1007/s11205-009- 9493-y

- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Norma da Direção-Geral da Saúde N° 053/2011*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0532011-de-27122011-jpg.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2006). *Programa nacional para a saúde das idosas*. Lisboa, Portugal: DGS. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). *Programa nacional para a saúde mental*. Lisboa, Portugal: DGS. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-885309-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Direção Geral da Segurança Social (2017). *Proteção social das pessoas idosas*. Retrieved from [http://www.seg-social.pt/documents/10152/113014/Guia\\_Pessoas\\_Idosas/e39f972b-48a8-4336-a625-a8c6430be6d4](http://www.seg-social.pt/documents/10152/113014/Guia_Pessoas_Idosas/e39f972b-48a8-4336-a625-a8c6430be6d4)
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2, 222-235. doi:10.5502/ijw.v2i3.4
- Dolcos, S., Moore, M., & Katsumi, Y. (2018). Neuroscience and well-being. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being* (pp. 1-26). Salt Lake City, UT: DEF Publishers. DOI:nobascholar.com. Retrieved from <https://www.nobascholar.com/chapters/73/download.pdf>
- D' Oliveira, T. (2007). *Teses e dissertações* (2nd). Lisboa, Portugal: Editora RH.
- Dunn, E. W., Aknin, L. B., & Norton, M. I. (2008). Spending money on others promotes happiness. *Science*, 319, 1687-1688. doi:10.1126/science.1150952
- Dutt, A. J., & Wahl, H.-W. (2017). Feeling sad makes us feel older: Effects of a sad-mood induction on subjective age. *Psychology & Aging*, 32, 412-418. doi:10.1037/pag0000179
- Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40, 377-396.
- Erdfelder, E., & Musch, J. (2006). Experimental Methods of Psychological Assessment. In M. Eid & E. Diener (Eds.), *Handbook of multimethod measurement in psychology* (pp. 205-220). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11383-015
- Escuder-Mollon, P., & Cabedo, S. (2013). *Education and quality of life of senior citizens*. Castelló de la Plana. Spain. Retrieved from <http://edusenior.uji.es/data/outcomes/wp5/EduSenior-guide.pdf>

- European Commission (EC). (2010). *2012 to be European Year for Active Ageing*. DG Employment Social Affairs and Inclusion website. Retrieved from <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=860>
- European Commission (EC). (2014). *The 2015 ageing report: Underlying assumptions and projection methodologies* (European Economy 8/2014). Retrieved from [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2014/pdf/ee8\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf)
- European Commission (EC). (2015). *The 2015 ageing report: Economic and budgetary projections for the 28 EU member states (2013-2060)* (European Economy 3/2015). Retrieved from [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2015/pdf/ee3\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf)
- European Commission (EC). (2017). *Horizon 2020: The EU Framework Programme for Research and Innovation*. Retrieved from <http://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/h2020-section/health-demographic-change-and-wellbeing>
- Farre, A., & Rapley, T. (2017). The new old (and old new) medical model: Four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. *Healthcare*, 5(4), 1-9. doi:10.3390/healthcare5040088
- Farzana, F., Sreekanth, V., Mohiuddin, M. K., Mohan, V., Balakrishna, N., & Ahuja, Y. R. (2015). Can individual home-based cognitive stimulation therapy benefit parkinson's patients with mild to moderate cognitive impairment?. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 30(4), 433-435. doi:10.1002/gps.4257
- Fastame, M. C., & Penna, M. P. (2014). Psychological well-being and metacognition in the fourth age: An explorative study in an Italian oldest old sample. *Aging & Mental Health*, 18, 648-652. doi:10.1080/13607863.2013.866635
- Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 45-63. doi:10.1016/S0005-7916(03)00019-3
- Fernández-Ballesteros, R. (2012). Prefácio. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coords.). *Manual de Gerontologia* (pp. XV-XVI). Lisboa, Portugal: LIDEL – Edições Técnicas.
- Fernández-Ballesteros, R., Bustillos, A., & Huici, C. (2015). Positive perception of aging and performance in a memory task: compensating for stereotype threat?. *Experimental Aging Research*, 41, 410-425. doi:10.1080/0361073X.2015.1053757

- Fernández-Ballesteros, R., Bustillos, A., Santacreu, M., Schettini, R., Díaz-Veiga, P., & Huici, C. (2016). Is older adult care mediated by caregivers' cultural stereotypes? The role of competence and warmth attribution. *Clinical Interventions in Aging, 11*, 545-552. doi:10.2147/CIA.S96235
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology & Geriatrics Research, 2013* 1-4. doi:10.1155/2013/298012
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fonseca, A. M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coords.). (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa, Portugal: LIDEL – Edições Técnicas.
- Forgeard, M. J. C., Jayawickreme, E., Kern, M. & Seligman, M. E. P. (2011). Doing the right thing: Measuring wellbeing for public policy. *International Journal of Wellbeing, 1*(1), 79-106. doi:10.5502/ijw.v1i1.15
- Forlenza, O. V., Diniz, B. S., Stella, F., Teixeira, A. L., & Gattaz, W. F. (2013). Mild cognitive impairment (part 1): clinical characteristics and predictors of dementia. *Revista Brasileira De Psiquiatria, 35*, 178-185. doi:10.1590/1516-4446-2012-3503
- Francescato, D., Pezzuti, L., Mebane, M., Tomai, M., Benedetti, M., & Moro, A. (2017). Dispositional characteristics, relational well-being and perceived life satisfaction and empowerment of elders. *Aging & Mental Health, 21*, 1052-1057. doi:10.1080/13607863.2016.1191058
- Freitas, S., Alves, L., Simões, M. R., & Santana, I. (2013). Importância do rastreio cognitivo na população idosa. *Revista Electrónica de Psicologia, Educação e Saúde, 1*, 4-24.
- Freitas, S., Prieto, G., Simões, M. R., & Santana, I. (2014). Psychometric properties of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): An analysis using the Rasch model. *The Clinical Neuropsychologist, 28*(1), 65-83. doi:10.1080/13854046.2013.870231
- Freitas, S., Santana, I., & Simoes, M. R. (2010). The sensitivity of the MoCA and MMSE to cognitive decline: A longitudinal study [Abstract]. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of The Alzheimer's Association, 6*(Supplement), S353-S354. doi:10.1016/j.jalz.2010.05.1184
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., Duro, D., & Santana, I. (2012). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Validation study for Frontotemporal Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology, 25*, 146-154. doi:10.1177/0891988712455235

- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, *33*, 989-996. doi: 10.1080/13803395.2011.589374
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2012). Montreal Cognitive Assessment: Influence of sociodemographic and health variables. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *27*, 165-175. doi:10.1093/arclin/acr116
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2013). Montreal Cognitive Assessment: Validation study for mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, *27*(1), 37-43. doi:10.1097/WAD.0b013e3182420bfe
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., Vicente, M., & Santana, I. (2012). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Validation Study for Vascular Dementia. *Journal Of The International Neuropsychological Society*, *18*(6), 1031-1040. doi:10.1017/S135561771200077X
- Freitas, S., Simões, M. R., Marôco, J., Alves, L., & Santana, I. (2012). Construct validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of The International Neuropsychological Society*, *18*, 242-250. doi:10.1017/S1355617711001573
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa [Adaptation studies of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) to the portuguese population]. *Avaliação Psicológica*, *9*, 345-357.
- Freitas, S., Simões, M. R., & Santana, I. (2014). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Pontos de corte no défice cognitivo ligeiro, doença de Alzheimer, demência frontotemporal e demência vascular [Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Cut offs in mild cognitive impairment, Alzheimer's disease, frontotemporal dementia and vascular dementia]. *Sinapse*, *14*(1), 18-30.
- Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Frost, J., Ranse, K., & Grealish, L. (2016). Assessing ageist behaviours in undergraduate nursing students using the Relating to Older People Evaluation (ROPE) survey. *Australasian Journal on Ageing*, *35*(1), 58-61. doi:10.1111/ajag.12260

- Fujiwara, Y., Suzuki, H., Yasunaga, M., Sugiyama, M., Ijuin, M., Sakuma, N., ... Shinkai, S. (2010). Brief screening tool for mild cognitive impairment in older Japanese: Validation of the Japanese version of the Montreal Cognitive Assessment. *Geriatrics & Gerontology International*, *10*, 225-232. doi:10.1111/j.1447-0594.2010.00585.x
- Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjectivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, *23*, 209-218.
- Galinha, I. C., Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, *23*, 219-227.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005c). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *6*, 203-214. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>
- Galinha, I. C. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2008). The structure and stability of subjective well-being: A structure equation of modelling analysis. *Applied Research In Quality Of Life*, *3*, 293-314. doi:10.1007/s11482-009-9063-0
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, *2*, 34-53. doi:10.5502/ijw.v2i1.3
- Galinha, I.C., Pereira, C. R., & Esteves, F. G. (2013). Confirmatory factor analysis and temporal invariance of the positive and negative affect schedule (PANAS). *Psicologia: Reflexão E Crítica*, *26*(4), 671-679. doi:10.1590/S0102-79722013000400007
- Galvin, J. E., & Sadowsky, C. H. (2012). Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia. *Journal of the American Board of family medicine*, *25*, 367-382. doi: 10.3122/jabfm.2012.03.100181
- Gates, N. J., Sachdev, P. S., Singh, M. A. F., & Valenzuela, M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A systematic review. *BMC Geriatrics*, *11*(55), 1-14. doi:10.1186/1471-2318-11-55
- Gates, N., & Valenzuela, M. (2010). Cognitive exercise and its role in cognitive function in older adults. *Current Psychiatric Reports*, *12*(1), 20-27. doi:10.1007/s11920-009-0085-y
- Gates, N., Valenzuela, M., Sachdev, P. S., & Singh, M. A. F. (2014). Psychological well-being in individuals with mild cognitive impairment. *Clinical Interventions in Aging*, *9*, 779-792. doi:10.2147/CIA.S58866

- Gauthier, S., Patterson, C., Gordon, M., Soucy, J., Schubert, F., & Leuzy, A. (2011). Commentary on 'Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease.' A Canadian perspective. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of The Alzheimer's Association*, 7, 330-332. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.006
- Ghosh, D. (2017). Non-pathological cognitive aging: What do we know? Age-related changes in cognitive function vary across life cycle stages. *Nutraceuticals World*, 20, 34-35. Retrieved from <http://b-on.ual.pt:2123/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=cfacc381-ecd1-4abf-b0c8-758f088e5722%40sessionmgr101>
- Gil, H. (2015). Educação gerontológica na contemporaneidade: A gerontagogia, as universidades de terceira idade e os nativos digitais. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 12, 212-233. doi:10.5335/rbceh.v12i3.6005
- Gil, R. (2007). *Neuropsicologia*. Barcelona, Espanha: Masson.
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2010). Aging without agency: theorizing the fourth age. *Aging & Mental Health*, 14, 121-128. doi:10.1080/13607860903228762
- Gilmour, H. (2012). Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health reports/Statistics Canada, Canadian Centre for Health Information*, 23, 23-32
- Giovannetti, T., Britnell, P., Brennan, L., Siderowf, A., Grossman, M., Libon, ... Seidel, G. A. (2012). Everyday Action Impairment in Parkinson's Disease Dementia. *Journal Of The International Neuropsychological Society*, 18, 787-798. doi:10.1017/S135561771200046X
- Giovannetti, T., Seligman, S. C., Britnell, P., Brennan, L., & Libon, D. J. (2015). Differential effects of goal cues on everyday action errors in Alzheimer's disease versus Parkinson's disease dementia, 29, 592-602. doi:10.1037//neu0000167
- Goh, J. O., & Park, D. C. (2009). Neuroplasticity and cognitive aging: The scaffolding theory of aging and cognition. *Restorative Neurology & Neuroscience*, 27, 391-403. doi:10.3233/RNN-2009-0493
- Goldsmith, T. C. (2016). Evolution of aging theories: Why modern programmed aging concepts are transforming medical research. *Biochemistry*, 81, 1406-1412. doi:10.1134/S0006297916120026
- Green, D. P., & Salovey, P. (1999). In what sense are positive and negative affect independent? A reply to Tellegen, Watson, and Clark. *Psychological Science*, 10, 304-306. doi:10.1111/1467-9280.00158
- Grinde, B. (2016). Why negative feelings are important when assessing well-being. *Journal of Happiness Studies*, 17, 1741-1752. doi:10.1007/s10902-015-9667-z

- Guiney, H., & Machado, L. (2018). Volunteering in the community: Potential benefits for cognitive aging. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(3), 399-408. doi:10.1093/geronb/gbx134
- Hagger-Johnson, G., Sabia, S., Brunner, E. J., Shipley, M., Bobak, M., Marmot, M., & ... Singh-Manoux, A. (2013). Combined impact of smoking and heavy alcohol use on cognitive decline in early old age: Whitehall II prospective cohort study. *The British Journal Of Psychiatry*, 203(2), 120-125. doi:10.1192/bjp.bp.112.122960
- Hailu, T., Cannuscio, C. C., Dupuis, R., & Karlawish, J. (2017). A typical day with mild cognitive impairment. *American Journal Of Public Health*, 107(6), 927-928. doi:10.2105/AJPH.2017.303752
- Hamdy, R. C., Hamdy, L. A. C., Hudgins, L., & Piotrowski, N. A.. (2013). Dementias. *Magill'S Medical Guide (Online Edition)*. Retrieved from <https://b-on.ual.pt:2366/eds/detail/detail?vid=5&sid=bd473d7f-5427-4667-91c4-c53284df3b5d%40pdc-v-sessmgr01&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXBOlWJyJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=86194046&db=ers>
- Hampstead, B. M., Sathian, K., Phillips, P. A., Amaraneni, A., Delaune, W. R., & Stringer, A. Y. (2012). Mnemonic strategy training improves memory for object location associations in both healthy elderly and patients with amnesic mild cognitive impairment: A randomized, single-blind study. *Neuropsychology*, 26(3), 385-399. doi:10.1037/a0027545
- Han, J., & Richardson, V. E. (2015). The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: a longitudinal examination of age discrimination. *Aging & Mental Health*, 19(8), 747-755. doi:10.1080/13607863.2014.962007
- Hannaford, E., Moore, F., & Macleod, F. J. (2017). What a difference a year makes: Comparing relationships between stressful life events, mood and life satisfaction among older adults, and their working-age counterparts. *Aging & Mental Health*, 1-8. doi:10.1080/13607863.2017.1387761
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*, 22, 187-195. doi:10.5324/nje.v22i2.1565
- Harada, C. N., Love, M. C. N., & Triebel, K. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29, 739-752, doi:10.1016/j.cger.2013.07.002

- Hasworth, S. B., & Cannon, M. L. (2015). Social theories of aging: A review. *Disease-A-Month*, 61, 475-479. doi:10.1016/j.disamonth.2015.09.003
- Hatala, A. R. (2012). The status of the “biopsychosocial” model in health psychology: Towards an integrated approach and a critique of cultural conceptions. *Open Journal of Medical Psychology*, 1, 51-62. doi:10.4236/ojmp.2012.14009
- Hearn, S., Saulnier, G., Strayer, J., Glenham, M., Koopman, R., & Marcia, J. E. (2012). Between integrity and despair: Toward construct validation of Erikson's Eighth Stage. *Journal of Adult Development*, 19(1), 1-20. doi:10.1007/s10804-011-9126-y
- Helliwell, J. F., Barrington-Leigh, C., Harris, A., & Huang, H. (2010). International evidence on the social context of well-being. In E. Diener, J. F. Helliwell & D. Kahneman (Eds.), *International differences in well-being* (pp. 291-327). New York, NY: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199732739.003.0010
- Helliwell, J., Layard, R. and Sachs, J. (2012). *World happiness report*. New York, NY: The Earth Institute Columbia University. Retrieved from [http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2012/04/World\\_Happiness\\_Report\\_2012.pdf](http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2012/04/World_Happiness_Report_2012.pdf)
- Helliwell, J. F., Layard, R. and Sachs, J. (2013). *World happiness report 2013*. New York, NY: UN Sustainable Development Solutions Network. Retrieved from [http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2013/09/WorldHappinessReport2013\\_online.pdf](http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2013/09/WorldHappinessReport2013_online.pdf)
- Helliwell, J. F., Layard, R. and Sachs, J. (2015). *World happiness report 2015*. New York, NY: Sustainable Development Solutions Network. Retrieved from [http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2015/04/WHR15\\_Sep15.pdf](http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2015/04/WHR15_Sep15.pdf)
- Helliwell, J., Layard, R. and Sachs, J. (2017). *World Happiness Report 2017*. New York, NY: Sustainable Development Solutions Network. Retrieved from <http://worldhappiness.report/#happiness2017>
- Henderson, L. W., & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2, 196-221. doi:10.5502/ijw.v2i3.3
- Henning, G., Lindwall, M., & Johansson, B. (2016). Continuity in well-being in the transition to retirement. *Geropsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 29, 225-237. doi:10.1024/1662-9647/a000155
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 11, 1-13. doi:10.1186/1477-7525-11-66

- Higgs, P., & Giljeard, C. (2014). Frailty, abjection and the 'othering' of the fourth age. *Health Sociology Review*, 23(1), 10-19. doi:10.5172/hesr.2014.23.1.10
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2<sup>nd</sup> ed.). Lisboa, Portugal: Edições sílabo, LDA
- Hipólito, J. (2011). Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano. Lisboa, Portugal: EDIUAL – Universidade Autónoma Editora.
- Hone, L., Jarden, A., & Schofield, G. (2014). Psychometric properties of the Flourishing Scale in a New Zealand sample. *Social Indicators Research*, 119, 1031-1045. doi:10.1007/s11205-013-0501-x
- Hone, L.C., Jarden, A., Schofield, G.M., & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 62-90. doi:10.5502/ijw.v4i1.4
- Hong, S. -I., & Morrow-Howell, N. (2013). Increasing older adults' benefits from institutional capacity of volunteer programs. *Social Work Research*, 37, 99-108. doi:10.1093/swr/svs028
- Horn, J. L., & Cattell, R. B. (1967). Age differences in fluid and crystallized intelligence. *Acta Psychologica*, 26(2), 107-129. doi:10.1016/0001-6918(67)90011-X
- Howell, A. J., Passmore, H.-A., & Holder, M. D. (2016). Implicit theories of well-being predict well-being and the endorsement of therapeutic lifestyle changes. *Journal of Happiness Studies*, 17, 2347-2363. doi:10.1007/s10902-015-9697-6
- Hultsch, D. F., Hertzog, C., Small, B. J., & Dixon, R. A. (1999). Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging?. *Psychology And Aging*, 14(2), 245-263. doi:10.1037/0882-7974.14.2.245
- Hummert, M. L. (2015). Experimental research on age stereotypes: Insights for subjective aging. In M. Diehl & H.-W. Wahl (Eds.), *Subjective aging: New developments and future directions (Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 35, 79–97*. doi: 10.1891/0198-8794.35.79). New York, NY: Springer Publishing Company, LCC.
- Huppert, F. A., & So, T. C. (2009). *What percentage of people in Europe are flourishing and what characterizes them?* Briefing document for the OECD/ISQOLS meeting “Measuring subjective well-being: an opportunity for NSOs?” 23/24 July, 2009, Florence, Italy. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.550.8290&rep=rep1&type=pdf>
- Huppert, F. A., & So, T. C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110, 837-861. doi:10.1007/s11205-011-9966-7

- Huta, V. (2015). The complementary roles of eudaimonia and hedonia and how they can be pursued in practice. In S. Joseph (Ed.), *Positive Psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life* (2nd ed.) (pp. 159-184). New Jersey, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Huta, V. (2016). Eudaimonic and hedonic orientations: Theoretical considerations and research findings. In J. Vittersø (Ed.), *Handbook of eudaimonic well-being* (pp. 215-231). Cham, Switzerland: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-42445-3\_15
- Huta, V. (2017). An overview of hedonic and eudaimonic well-being concepts. In L. Reinecke & M. B. Oliver (Eds.), *The Routledge handbook of media use and well-being: International perspectives on theory and research on positive media effects* (pp. 14-33). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Huta, V., & Waterman, A. S. (2014). Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of Happiness Studies*, 15, 1425-1456. doi:10.1007/s10902-013-9485-0
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., Robertson, S., Berg, S., & Zarit, S. H. (2010). The nature and cross-domain correlates of subjective age in the oldest old: Evidence from the OCTO study. *Psychology and Aging*, 25, 470–476. doi:10.1037/a0017979
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2012). *Censos 2011 resultados definitivos - Portugal*. Retrieved from [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554)
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017). *Projeções de população residente 2015 – 2080*. Retrieved from [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=277695839&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695839&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Iracleous, P., Nie, J. X., Tracy, C. S., Moineddin, R., Ismail, Z., Shulman, K. I., & Upshur, R. E. G. (2010). Primary care physicians' attitudes towards cognitive screening: Findings from a national postal survey. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 23-29. doi:10.1002/gps.2293
- Irshad, M. K., & Chaudhry, A. G. (2015). Psychological disorders; old age and prevalence. *The Professional Medical Journal*, 22, 913-918.

- Ismail, Z., & Mortby, M. E. (2017). Cognitive and neuropsychiatric screening tests in older adults. In H. Chiu & K. Shulman (Eds.), *Mental health and illness of the elderly, mental health and illness worldwide* (pp. 1-26). Singapura, Singapura: Springer Singapore.
- Ismail, Z., Mulsant, B. H., Herrmann, N., Rapoport, M., Nilsson, M., & Shulman, K. (2013). Canadian academy of geriatric psychiatry survey of brief cognitive screening instruments. *Canadian Geriatrics Journal*, 16, 54. doi:10.5770/cgj.16.81
- Ismail, Z., Rajji, T. K., & Shulman, K. I. (2010). Brief cognitive screening instruments: An update. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 25, 111-120. doi:10.1002/gps.2306
- Jack, C. J., Albert, M., Knopman, D. S., McKhann, G. M., Sperling, R. A., Carrillo, M., ... Phelps, C. H. (2011). Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal Of The Alzheimer's Association*, 7(3), 257-262. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.004
- Jacob, L. (2012). *Universidades Seniores: Criar novos projetos de vida*. Associação Rede de Universidades da Terceira Idade – RUTIS, nº3. Almeirim, Portugal:RUTIS.
- James, B. D., Wilson, R. S., Barnes, L. L., & Bennett, D. A. (2011). Late-life social activity and cognitive decline in old age. *Journal of The International Neuropsychological Society*, 17, 998-1005. doi:10.1017/S1355617711000531
- Jean, L., Bergeron, M.-E., Thivierge, S., & Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: Systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 281-296. doi:10.1097/JGP.0b013e3181c37ce9
- Jean, L., Simard, M., Wiederkehr, S., Bergeron, M., Turgeon, Y., Hudon, C., & ... van Reekum, R. (2010). Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomised controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(3), 377-405. doi:10.1080/09602010903343012
- Jekel, K., Damian, M., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., Connelly, P. J., & ... Salmon, E. (2015). Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy*, 7, 1-20. doi:10.1186/s13195-015-0099-0
- Jenkinson, C. E., Dickens, A. P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R. S., Rogers, M., ... Richards, S. H. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BioMed Central Public Health*, 13(1), 1-10. doi:10.1186/1471-2458-13-773

- Jiménez, M. G., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la Psicología Positiva. *Suma Psicológica*, 23(1), 51-59. doi:10.1016/j.sumpsi.2016.03.001
- Joshanloo, M. (2016). Revisiting the empirical distinction between hedonic and eudaimonic aspects of well-being using exploratory structural equation modeling. *Journal of Happiness Studies*, 17, 2023-2036. doi:10.1007/s10902-015-9683-z
- Julayanont, P., Phillips, N., Chertkow, H., & Nasreddine, Z. S. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Concept and clinical review. In A. J. Larner, (Ed.), *Cognitive screening instruments: A practical approach* (pp. 111-151). New York, NY: Springer-Verlag Publishing. doi:10.1007/978-1-4471-2452-8\_6
- Julayanont, P., & Nasreddine, Z. S. (2017). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Concept and clinical review [Abstract]. In A. J. Larner, A. J. Larner (Eds.), *Cognitive screening instruments: A practical approach* (2nd ed.) (pp. 139-195). New York, NY: Springer-Verlag Publishing. doi:10.1007/978-1-4471-2452-8\_6. Abstract retrieved from [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-319-44775-9\\_7](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-319-44775-9_7)
- Kahana, E., Bhatta, T., Lovegreen, L. D., Kahana, B., & Midlarsky, E. (2013). Altruism, helping, and volunteering: Pathways to well-being in late life. *Journal of Aging and Health*, 25(1), 159-187. doi:10.1177/0898264312469665
- Kan, I. P., Garrison, S. L., Drummey, A. B., Emmert, B. E., Jr., & Rogers, L. L. (2017). The roles of chronological age and time perspective in memory positivity. *Aging, Neuropsychology, And Cognition*, 1-15. doi:10.1080/13825585.2017.1356262
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 219-233. doi:10.1080/17439760802303044
- Kastenbaum, R. , Derbin , V. , Sabatini , P. , & Artt , S. ( 1972 ). “ The ages of me ”: Toward personal and interpersonal definitions of functional aging . *Aging and Human Development* , 3 , 197 – 211 . doi:10.2190/TUJR-WTXK-866Q-8QU7
- Katz, S., & Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on successful aging: Does it “appeal more than it illuminates”? *The Gerontologist*, 55(1), 26-33.
- Kawai, Y., Miura, R., Tsujimoto, M., Sakurai, T., Yamaoka, A., Takeda, A., & ... Toba, K. (2013). Neuropsychological differentiation between Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies in a memory clinic. *Psychogeriatrics*, 13(3), 157-163. doi:10.1111/psyg.12019

- Kaya, Y., Aki, O. E., Can, U. A., Derle, E., Kibaroglu, S., & Barak, A. (2014). Validation of Montreal Cognitive Assessment and discriminant power of Montreal Cognitive Assessment subtests in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer dementia in Turkish population. *Journal of Geriatric Psychiatry And Neurology*, 27, 103-109. doi:10.1177/0891988714522701
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., Power, J. E. M., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic Reviews*, 6 1-18. doi:10.1186/s13643-017-0632-2
- Kelly, M. E., Loughrey, D., Lawlor, B. A., Robertson, I. H., Walsh, C., & Brennan, S. (2014). The impact of cognitive training and mental stimulation on cognitive and everyday functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 15 28-43. doi:10.1016/j.arr.2014.02.004
- Kendig, H., & Woods, M. (2015). Intergenerational Report 2015: A limited and political view of our future. *Australasian Journal on Ageing*, 34, 217-219. doi:10.1111/ajag.12293
- Kercher, K. (1992). Assessing subjective well-being in the old-old: The PANAS as a measure of orthogonal dimensions of positive and negative affect. *Research on Aging*, 14, 131-168. doi:10.1177/0164027592142001
- Kern, M. L., Della Porta, S. S., & Friedman, H. S. (2014). Lifelong pathways to longevity: Personality, relationships, flourishing, and health. *Journal of Personality*, 82, 472-484. doi:10.1111/jopy.12062
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health & Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 539-548. doi:10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108. doi:10.1037/0003-066X.62.2.95
- Keyes, C. L. M. (2014). Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach* (pp. 179-192). New York, NY, US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-94-007-5640-3\_11

- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 1007–1022. doi:10.1037/0022-3514.82.6.1007
- Keyes, C. L. M., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, *102*, 2164-2172.
- Khan, S. S., Singer, B. D., & Vaughan, D. E. (2017). Molecular and physiological manifestations and measurement of aging in humans. *Aging Cell*, *16*, 624-633. doi:10.1111/acel.12601
- Killen, A., & Macaskill, A. (2015). Using a gratitude intervention to enhance well-being in older adults. *Journal of Happiness Studies*, *16*, 947-964. doi:10.1007/s10902-014-9542-3.
- King, M., & Lipsky, M. S. (2015). Clinical implications of aging. *Disease-a-Month*, *61*, 467-474. doi:10.1016/j.disamonth.2015.09.006
- Klimova, B., Valis, M., & Kuca, K. (2017). Cognitive decline in normal aging and its prevention: a review on non-pharmacological lifestyle strategies. *Clinical Interventions in Aging*, *12*, 903-910.
- Knight, B. G., & Durbin, K. (2015). Aging and the effects of emotion on cognition: Implications for psychological interventions for depression and anxiety. *PsyCh Journal*, *4*, 11-19. doi:10.1002/pchj.84
- Kotter-Grühn, D., & Hess, T. M. (2012). The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *67*, 563-571. doi:10.1093/geronb/gbr153
- Kotter-Grühn, D., Kornadt, A. E., & Stephan, Y. (2016). Looking beyond chronological age: current knowledge and future directions in the study of subjective age. *Gerontology*, *62*(1), 86-93. doi:10.1159/000438671
- Kryla-Lighthall, N., & Mather, M. (2009). The role of cognitive control in older adults' emotional well-being. In V. L. Bengtson, M. Silverstein, N. M. Putney & D. Gans (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 323-344). New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.
- Ku, P.-W., Fox, K. R., & Chen, L.-J. (2016). Leisure-time physical activity, sedentary behaviors and subjective well-being in older adults: An eight-year longitudinal research. *Social Indicators Research*, *127*, 1349-1361. doi:10.1007/s11205-015-1005-7

- Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P., & Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 22, 39-57. doi:10.1016/j.arr.2015.04.006
- Kumar, R. (2014). *Research methodology: A step-by-step guide for beginners* (4th ed.). New Dheli, India: Sage Publications.
- Kwok, T., Wong, A., Chan, G., Shiu, Y., Lam, K.-C., Young, D., & ... Ho, F. (2013). Effectiveness of cognitive training for Chinese elderly in Hong Kong. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 213-219. doi:10.2147/CIA.S38070
- Laiz, N. M., Díaz, S. D. V., Collado, N. R., Gomez-Pilar, J., & Hornero, R. (2018). Potential benefits of a cognitive training program in mild cognitive impairment (MCI). *Restorative Neurology and Neuroscience*, 36(2), 207-213. doi:10.3233/RNN-170754
- Lam, B., Middleton, L. E., Masellis, M., Stuss, D. T., Harry, R. D., Kiss, A., & Black, S. E. (2013). Criterion and convergent validity of the Montreal Cognitive Assessment with screening and standardized neuropsychological testing. *Journal of The American Geriatrics Society*, 61, 2181-2185. doi:10.1111/jgs.12541
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *Journal of Positive Psychology*, 10, 553-560. doi:10.1080/17439760.2015.1015156
- Lamont, R. A., Nelis, S. M., Quinn, C., & Clare, L. (2017). Social support and attitudes to aging in later life. *International Journal of Aging & Human Development*, 84, 109-125. doi:10.1177/0091415016668351
- Lamont, R. A., Swift, H. J., & Abrams, D. (2015). A Review and meta-analysis of age-based stereotype threat: Negative stereotypes, not Facts, do the damage. *Psychology & Aging*, 30(1), 180-193. doi:10.1037/a0038586
- Lampit, A., Hallock, H., & Valenzuela, M. (2014). Computerized cognitive training in cognitively healthy older adults: A systematic review and meta-analysis of effect modifiers. *Plos Medicine*, 11(11), 1-18. doi:10.1371/journal.pmed.1001756
- Lassen, A. J., & Moreira, T. (2014). Unmaking old age: Political and cognitive formats of active ageing. *Journal of Aging Studies*, 30, 33-46. doi: 10.1016/j.jaging.2014.03.004
- Lawrie, L., & Phillips, L. H. (2016). A maturing picture of emotion. *Psychologist*, 29, 908-911.

- Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 482-509. doi:10.1037/0022-0167.51.4.482
- Letzring, T. D., & Adamcik, L. A. (2015). Personality traits and affective states: Relationships with and without affect induction. *Personality And Individual Differences, 75*, 114-120. doi:10.1016/j.paid.2014.11.011
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science, 18*, 332-336. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x
- Linley, P. A., Maltby, J., Wood, A. M., Osborne, G., & Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences, 47*, 878-884. doi:10.1016/j.paid.2009.07.010
- Lipsky, M. S., & King, M. (2015). Biological theories of aging. *Disease-a-Month, 61*, 460-466. doi:10.1016/j.disamonth.2015.09.005
- Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa, P. T., ... Yik, M. (2009). Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology And Aging, 24*, 941-954. doi:10.1037/a0016901
- López-Ortega, M., Torres-Castro, S., & Rosas-Carrasco, O. (2016) Psychometric properties of the satisfaction with life scale (SWLS): Secondary analysis of the mexican health and aging study. *Health and Quality of life Outcomes 14*, 1-7. doi:10.1186/s12955-016-0573-9
- Loureiro, H. M. A. M., Ângelo, M., da Silva, M. M., & Pedreiro, A. T. M. (2015). How Portuguese families perceive transition to retirement. *Revista e Enfermagem Referência, 4*, 45-53. doi:10.12707/RIV14073
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2016). *Promover a saúde - Dos fundamentos à ação* (2<sup>nd</sup> ed.). Edições Almedina, S. A. Coimbra, Portugal.
- Loureiro, M. (2011). Aprender na 3.<sup>a</sup> Idade: Uma mudança de Paradigma. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, IV*(1), 58-61.
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 616-628.
- Luhmann, M., Hawkey, L. C., Eid, M., & Cacioppo, J. T. (2012). Time frames and the distinction between affective and cognitive well-being. *Journal of Research In Personality, 46*, 431-441. doi:10.1016/j.jrp.2012.04.004

- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis on differences between cognitive and affective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *102*, 592-615. doi:10.1037/a0025948
- Lui, P. P., & Fernando, G. A. (2018). Development and initial validation of a multidimensional scale assessing subjective well-being: The Well-Being Scale (WeBS). *Psychological Reports*, *121*(1), 135-160. doi:10.1177/0033294117720696
- Luo, C., Zhang, X., Cao, X., Gan, Y., Li, T., Cheng, Y., & ... Li, C. (2016). The lateralization of intrinsic networks in the aging brain implicates the effects of cognitive training. *Frontiers In Aging Neuroscience*, *8*, 1-9. doi:10.3389/fnagi.2016.00032
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, *131*, 803-855. doi:10.1037/0033-2909.131.6.803
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, *9*, 111-131. doi:10.1037/1089-2680.9.2.111
- Machado, F. A., Gurgel, L. G., & Reppold, C. T. (2017). Intervenções em Psicologia Positiva na reabilitação de adultos e idosos: Revisão da literatura / Positive Psychology interventions in adult and elderly rehabilitation: A literature review. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *34*(1), 119-130. doi:10.1590/1982-02752017000100012
- Mackowicz, J., & Wnek-Gozdek, J. (2016). "It's never too late to learn"—How does the Polish U3A change the quality of life for seniors?. *Educational Gerontology*, *42*, 186-197. doi: /10.1080/03601277.2015.1085789
- Maffei, L., Picano, E., Andreassi, M. G., Angelucci, A., Baldacci, F., Baroncelli, L., & ... Volpi, L. (2017). Randomized trial on the effects of a combined physical/cognitive training in aged MCI subjects: The train the brain study. *Scientific Reports*, *7*, 1-15. doi:10.1038/srep39471
- Mallee, H. (2017). The evolution of health as an ecological concept. *Current Opinion in Environmental Sustainability*, *25*, 28-32. doi:10.1016/j.cosust.2017.04.009
- Malta, S., & Doyle, C. (2016). Mental health and well-being in older people: Butler's three constructs of ageism in Australasian Journal on Ageing. *Australasian Journal on Ageing*, *35*, 232-235. doi:10.1111/ajag.12363

- Marioni, R. E., Proust-Lima, C., Amieva, H., Brayne, C., Matthews, F. E., Dartigues, J., & Jacqmin-Gadda, H. (2015). Social activity, cognitive decline and dementia risk: A 20-year prospective cohort study. *BioMed Central Public Health*, *15*(1), 1-8. doi:10.1186/s12889-015-2426-6
- Marmeleira, J., Galhardas, L., & Raimundo, A. (2017). Exercise merging physical and cognitive stimulation improves physical fitness and cognitive functioning in older nursing home residents: A pilot study. *Geriatric Nursing*, *39*(3), 303-309. doi:10.1016/j.gerinurse.2017.10.015
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number.
- Martinelli, J. E., Cecato, J. F., Bartholomeu, D., & Montiel, J. M. (2014). Comparison of the diagnostic accuracy of neuropsychological tests in differentiating Alzheimer's disease from mild cognitive impairment: Can the Montreal Cognitive Assessment be better than the Cambridge cognitive examination. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders Extra*, *4*, 113-121. doi:10.1159/000360279
- Martínez, B. B., Buz, J., Navarro, A. B., & López-Martín, L. (2017). Equidad en el apoyo social recíproco y satisfacción vital en personas mayores. *Universitas Psychologica*, *16*(1), 146-158. doi:10.11144/Javeriana.upsy16-1.easr
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, *9*, 496-502. doi:10.1016/j.tics.2005.08.005
- McMunn, A., Nazroo, J., Wahrendorf, M., Breeze, E., & Zaninotto, P. (2009). Participation in socially-productive activities, reciprocity and wellbeing in later life: baseline results in England. *Ageing & Society*, *29*, 765-782. doi:10.1017/S0144686X08008350
- Mendes, F. R. (2013). Active ageing: A right or a duty? *Health Sociology Review*, *22*, 174-185. doi:10.5172/hesr.2013.22.2.174
- Menichetti, J., Cipresso, P., Bussolin, D., & Graffigna, G. (2016). Engaging older people in healthy and active lifestyles: A systematic review. *Ageing & Society*, *36*, 2036-2060. doi:10.1017/S0144686X15000781
- Mewborn, C. M., Lindbergh, C. A., & Miller, L. S. (2017). Cognitive interventions for cognitively healthy, mildly impaired, and mixed samples of older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Neuropsychology Review*, *27*(4), 403-439. doi:10.1007/s11065-017-9350-8

- Miche, M., Wahl, H.-W., Diehl, M., Oswald, F., Kaspar, R., & Kolb, M. (2014). Natural occurrence of subjective aging experiences in community-dwelling older adults. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *69*, 174-187. doi:10.1093/geronb/gbs164
- Miret, M., Cabello, M., Marchena, C., Mellor-Marsá, B., Caballero, F. F., Obradors-Tarragó, C., ... Ayuso-Mateos, J. L. (2015). The state of the art on European well-being research within the area of mental health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *15*, 171-179. doi:10.1016/j-ijchp.2015.02.001
- Mirucka, B., Bielecka, U., & Kisielewska, M. (2016). Positive orientation, self-esteem, and satisfaction with life in the context of subjective age in older adults. *Personal and Individual Differences*, *99*, 206-210. doi: 10.1016/j.paid.2016.05.010
- Mitchell, A. J., & Shiri-Feshki, M. (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia – meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *119*(4), 252-265. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01326.x
- Mohanty, R. K. (2013). Theorizing social gerontology amidst multidisciplinary concerns: An overview of contesting connotation and counter claims. *Indian Journal of Gerontology*, *27*, 354-381.
- Momtaz, Y. A., Hamid, T. A., Haron, S. A., & Bagat, M. F. (2016). Flourishing in later life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *63*, 85-91. doi:10.1016/j.archger.2015.11.001
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *References*. Retrieved from <https://www.mocatest.org/>
- Moore, S. M., Diener, E., & Tan, K. (2018). Using multiple methods to more fully understand causal relations: Positive affect enhances social relationships. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being* (pp. 1-17). Salt Lake City, UT: DEF Publishers. doi:nobascholar.com. Retrieved from <https://www.nobascholar.com/chapters/1/download.pdf>
- Moralyska, M. (2017). A look at some of the European Union's major social problems and their economic impact. *Eurasian Journal of Economics and Finance*, *5*, 67-86. doi:10.15604/ejef.2017.05.03.006
- Morelock, J. C., Stokes, J. E., & Moorman, S. M. (2017). Rewriting age to overcome misaligned age and gender norms in later life. *Journal of Aging Studies*, *40*, 16-22. doi: 10.1016/j.jaging.2016.12.003

- Moulaert, T., & Paris, M. (2013). Social policy on ageing: The case of “active ageing” as a theatrical metaphor. *International Journal of Social Science Studies*, *1*, 113-123. doi:10.11114/ijsss.v1i2.141
- Müller, A., & Weigl, M. (2015). Selection, optimization, and compensation at work in relation to age. In Pachana N. (Ed.), *Encyclopedia of Geropsychology*. Singapore, Singapore: Springer Nature. doi:10.1007/978-981-287-080-3\_28-1
- Mulley, G. (2012). A history of geriatrics and gerontology. *European Geriatric Medicine*, *3*, 225-227. doi:10.1016/j.eurger.2012.06.007
- Mundaca, L. F., & Gutiérrez, M. Z. (2014). Bienestar psicológico: Adultos mayores activos a través del voluntariado- = Psychological well-being: active elderly through volunteering. *Ciencia y Enfermería*, *20*(1), 123-130. doi:10.4067/S0717-95532014000100011
- Muratore, A. M., Earl, J. K., & Collins, C. G. (2014). Understanding heterogeneity in adaptation to retirement: A growth mixture modeling approach. *International Journal of Aging & Human Development*, *79*, 131-156. doi:10.2190/AG.79.2.c
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal Of The American Geriatrics Society*, *53*(4), 695-699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- Nelson, S. K., Layous, K., Cole, S. W., & Lyubomirsky, S. (2016). Do unto others or treat yourself? The effects of prosocial and self-focused behavior on psychological flourishing. *Emotion*, *16*, 850-861. doi:10.1037/emo0000178
- Nes, R. B., & Røysamb, E. (2015). The heritability of subjective well-being: Review and meta-analysis. In M. Pluess (Ed.), *The Genetics of Psychological Well-Being: The Role of Heritability and Genetics in Positive Psychology* (pp.75-96). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199686674.003.0005
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., & ... Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. *The Lancet*, *385*(9984), 2255-2263. doi:10.1016/S0140-6736(15)60461-5
- Novo, R. F. (2005). We need more than self-reports... Contribute para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do Bem-Estar. / We need more than self-reports...: Contribution for the reflection about well-being assessment strategies. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, *9*, 477-495.

- Nunes, B., & Pais, J. (2014). *Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação*. Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Ltd
- O'Bryant, S. E., Johnson, L., Edwards, M., Soares, H., Devous, M. D., Ross, S., & ... Hall, J. (2013). The link between C-reactive protein and Alzheimer's disease among Mexican Americans. *Journal Of Alzheimer's Disease, 34*(3), 701-706. doi:10.3233/JAD-12207
- Oishi, S., & Diener, E. (2014). Can and should happiness be a policy goal? *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences, 1*, 195-203. doi:10.1177/2372732214548427
- Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. E. (2007). The optimum level of well-being: Can people be too happy? *Perspectives on Psychological Science, 2*(4), 346-360. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00048.x
- Oishi, S., & Gilbert, E. A. (2016). Current and future directions in culture and happiness research. *Current Opinion in Psychology, 8*, 54-58. doi:10.1016/j.copsyc.2015.10.005
- Ola, M., & Mathur, R. (2017). Environmental factors affecting subjective well-being. *Indian Journal of Health & Well-being, 8*, 915-917.
- Olsson, L. A., Hagnelius, N.-O., Olsson, H., & Nilsson, T. K. (2013). Subjective well-being in Swedish active seniors or seniors with cognitive complaints and its relation to commonly available biomarkers. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 56*, 303-308. doi:10.1016/j.archger.2012.07.009
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2013). OECD guidelines on measuring subjective well-being. European Union: OECD Publishing. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3rd ed.). Porto, Portugal: Legis Editora.
- Palma, W. I. T., & Galaz, M. M. F. (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología, 36*(1), 9-48. doi:10.18800/psico.201801.001
- Papp, K. V., Walsh, S. J., & Snyder, P. J. (2009). Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: A review of current literature and future directions. *Alzheimer's & Dementia: The Journal Of The Alzheimer's Association, 5*(1), 50-60. doi:10.1016/j.jalz.2008.10.008
- Park, D. C., & Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptive brain: Aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review Of Psychology, 60*(1), 173-196. doi:10.1146/annurev.psych.59.103006.093656.

- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-41). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coords.). *Manual de Gerontologia* (pp. 1-17). Lisboa, Portugal: LIDEL – Edições Técnicas.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (Coords.). (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (Coords.). (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa, Portugal: LIDEL – Edições Técnicas.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-10. doi:10.1155/2012/382972
- Paul, R., Lane, E. M., Tate, D. F., Heaps, J., Romo, D. M., Akbudak, E., ... Conturo, T. E. (2011). Neuroimaging signatures and cognitive correlates of the Montreal Cognitive Assessment Screen in a nonclinical elderly sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26, 454-460. doi:10.1093/arclin/acr017
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172. doi:10.1037/1040-3590.5.2.164
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal Of Positive Psychology*, 3, 137-152. doi:10.1080/17439760701756946
- Pavot, W., & Diener, E. (2013). Happiness experienced: The science of subjective well-being. In S. A. David, I. Boniwell, A. Conley Ayers, S. A. David, I. Boniwell, A. Conley Ayers (Eds.), *The Oxford handbook of happiness* (pp. 134-151). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Peña-Casanova, J., Sánchez-Benavides, G., de Sola, S., Manero-Borrás, R. M., & Casals-Coll, M. (2012). Neuropsychology of Alzheimer's Disease. *Archives of Medical Research*, 43, 686–693. doi:10.1016/j.arcmed.2012.08.015
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal Of Internal Medicine*, 256(3), 183-194. doi:10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x
- Petersen, R. C. (2016). Mild cognitive impairment. *Continuum*, 22(2), 404-418. doi:10.1212/CON.0000000000000313
- Petersen, R. C., & Negash, S. (2008). Mild cognitive impairment: an overview. *CNS Spectrums*, 13(1), 45–53. doi:10.1017/S1092852900016151

- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal Of Internal Medicine*, 275(3), 214-228. doi:10.1111/joim.12190
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., ... Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives Of Neurology*, 58, 1985-1992. doi:10.1001/archneur.58.12.1985
- Petersen, R. C., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Boeve, B. F., Geda, Y. E., Ivnik, R. J., ... Jack, C. R. (2009). Mild cognitive impairment: Ten years later. *Archives of Neurology*, 66, 1447-1455. doi:10.1001/archneurol.2009.266
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives Of Neurology*, 56, 303-308. doi:10.1001/archneur.56.3.303
- Peterson, C., Seligman, M. E. P., & Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 23-27. doi:10.1037/0022-3514.55.1.23
- Pettigrew, S., Jongenelis, M., Newton, R. U., Warburton, J., & Jackson, B. (2015). Research protocol for a randomized controlled trial of the health effects of volunteering for seniors. *Health & Quality Of Life Outcomes*, 13(1), 1-8. doi:10.1186/s12955-015-0263-z
- Phillips, C. (2017). Lifestyle modulators of neuroplasticity: How physical activity, mental engagement, and diet promote cognitive health during aging. *Neural Plasticity*, 1-22. doi:10.1155/2017/3589271
- Piliavin, J. A., & Siegl, E. (2007). Health benefits of volunteering in the Wisconsin longitudinal study. *Journal of Health & Social Behavior*, 48, 450-464. doi:10.1177/002214650704800408
- Pilkington, P. D., Windsor, T. D., & Crisp, D. A. (2012). Volunteering and subjective well-being in midlife and older adults: The role of supportive social networks. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 67B, 249-260. doi:10.1093/geronb/gbr154.
- Pires, A., Galinha, I. C., & de Herédia, A. (2017). Estudo experimental: impacto de grupos de canto no bem-estar subjetivo de seniores / Experimental study: impact of singing groups on senior's subjective wellbeing. *Psychology, Community & Health*, 6(1), 186-200. doi:10.5964/pch.v6i1.159

- Pocinho, R., Lacerda, J., & Santos, G. (2015). Perceções e ajustamentos dos professores de universidades seniores nos contextos educacionais com pessoas idosas em Portugal. *Sinética*, 45, 1-16.
- Pollack, H. A. (2015). Reaching empowered aging through reducing health and financial disparities. *Generations*, 39(1), 92-96.
- Popham, L. E., & Hess, T. M. (2016). Age stereotyping and views of aging, Theories of. In N. A. Pachana (Ed.), *Encyclopedia of Geropsychology* (pp. 1-10). Singapore, Singapore: Springer Nature. doi: 10.1007/978-981-287-080-3\_127-2
- Portellano, J. A., (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid, Spain: McGraw-Hill.
- Post, S. G. (2005). Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 66-77. doi:10.1207/s15327558ijbm1202\_4
- Prerost, F. P. (2013). Aging. *Salem Press Encyclopedia of Science*. Retrieved from <http://b-on.ual.pt:2102/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3ders%26AN%26site%3deds-live%26scope%3dsite>
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia : The Journal of the Alzheimer's Association*, 9, 63–75. doi:10.1016/j.jalz.2012.11.007
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T., & Prina, M. (2015), *World Alzheimer report 2015: The global impact of dementia – An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London, England: Alzheimer's Disease International. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Principi, A., Schippers, J., Naegele, G., Di Rosa, M., & Lamura, G. (2016). Understanding the link between older volunteers' resources and motivation to volunteer. *Educational Gerontology*, 42, 144-158. doi:10.1080/03601277.2015.1083391
- Proctor, C., Tweed, R., & Morris, D. (2015). The naturally emerging structure of well-being among young adults: “Big Two” or other framework? *Journal of Happiness Studies*, 16, 257-275. doi:10.1007/s10902-014-9507-6
- Puşçaşu V. (2015). The University of the third age – Indicative of a different kind of society. *USV Annals of Economics & Public Administration*, 15, 211-216.
- Ramírez-Maestre, C., Correa, M., Rivas, T., López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., & Esteve, R. (2017). Psychometric characteristics of the Flourishing Scale-Spanish Version (FS-SV). The factorial structure in two samples: Students and patients with chronic pain. *Personality And Individual Differences*, 117, 30-36. doi:10.1016/j.paid.2017.05.035

- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology, 10*(1), 25-40. doi:10.1080/17439760.2014.920411
- Raza, A., Raza, S. A., Qamar, M. F., & Liaqat, A. (2015). Human brain; Physiological alterations occurring underlying process of aging. *Professional Medical Journal, 22*, 522-526.
- Reed, A. E., Chan, L., & Mikels, J. A. (2014). Meta-analysis of the age-related positivity effect: Age differences in preferences for positive over negative information. *Psychology and Aging, 29*, 1-15. doi:10.1037/a0035194
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., Franssen, E. S. E., Kluger, A., Mir, P., ... Cohen, J. (1988). Stage-specific behavioral, cognitive, and in vivo changes in community residing subjects with age-associated memory impairment and primary degenerative dementia of the Alzheimer type. *Drug Development Research, 15*, 101-114. doi:10.1002/ddr.430150203
- Reisberg, B., & Gauthier, S. (2008). Current evidence for subjective cognitive impairment (SCI) as the pre-mild cognitive impairment (MCI) stage of subsequently manifest Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics, 20*(1), 1-16. doi:10.1017/S1041610207006412
- Religa, D., Fereshtehnejad, S.-M., Cermakova, P., Edlund, A.-K., Garcia-Ptacek, S., Granqvist, N., ... Eriksdotter, M. (2015). SveDem, the swedish dementia registry – A tool for improving the quality of diagnostics, treatment and care of Dementia patients in clinical practice. *Plos One, 10*, 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0116538
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Schiavon, C. C. (2015). Research in Positive Psychology: A systematic literature review. *Psico-USF, 20*, 275-285. doi:10.1590/1413-82712015200208
- Reuter-Lorenz, P. A., & Park, D. C. (2014). How does it STAC up? Revisiting the Scaffolding Theory of Aging and Cognition. *Neuropsychology Review, 24*, 355-370. doi:10.1007/s11065-014-9270-9
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa, Portugal: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Roberts, R., & Knopman, D. S. (2013). Classification and epidemiology of MCI. *Clinics in Geriatric Medicine, 29*(4) 753-772. doi:10.1016/j.cger.2013.07.003.
- Roberts, S., Colombier, P., Sowman, A., Mennan, C., Rölfing, J. H. D., Guicheux, J., & Edwards, J. R. (2016). Ageing in the musculoskeletal system. *Acta Orthopaedica (Supplement), 87*, 15-25. doi:10.1080/17453674.2016.1244750
- Rogers, C. R. (2004). *Terapia centrada no cliente*. (S. V. Longa, Trad.). Lisboa, Portugal: Edial – Editora da Universidade Autónoma de Lisboa. (Obra original publicada em 1951).

- Rojas, G. J., Villar, V., Iturry, M., Harris, P., Serrano, C. M., Herrera, J. A., & Allegri, R. F. (2013). Efficacy of a cognitive intervention program in patients with mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 25(5), 825-831. doi:10.1017/S1041610213000045
- Routray, S. (2017). Forceful "Social Ageing" through economic disengagement in India. *Indian Journal of Gerontology*, 31, 344-354.
- Ruan, Q., D'Onofrio, G., Sancarlo, D., Bao, Z., Greco, A., & Yu, Z. (2016). Potential neuroimaging biomarkers of pathologic brain changes in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 16(104), 1-9. doi:10.1186/s12877-016-0281-7
- Russ, T. C., & Morling, J. R. (2012). Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(9), 1-56. doi:10.1002/14651858.CD009132.pub2
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing [Abstract]. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55. doi:10.1177/016502548901200102
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 83(1), 10-28. doi:10.1159/000353263
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality & Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28. doi:10.1207/s15327965pli0901\_1
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0

- Sachs, J., Becchetti, L., & Annett, A. (2016). *World happiness report 2016, special Rome edition* (Vol. II). New York, NY: Sustainable Development Solutions Network. Retrieved from [http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2016/03/HR-V2\\_web.pdf](http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2016/03/HR-V2_web.pdf)
- Salech, F. M., Jara, R. L., & Michea, L. A. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *23*(1), 19-29.
- Sanderson, W. C., & Scherbov, S. (2015). Faster increases in human life expectancy could lead to slower population aging. *PLOS ONE*, *10*(4). doi:10.1371/journal.pone.0121922
- Sanjuán, P. (2011). Affect balance as mediating variable between effective psychological functioning and satisfaction with life. *Journal of Happiness Studies*, *12*, 373-384. doi:10.1007/s10902-010-9199-5
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Medica Portuguesa*, *28*, 182-188.
- Sargent-Cox, K., & Anstey, K. J. (2015). The relationship between age-stereotypes and health locus of control across adult age-groups. *Psychology & Health*, *30*, 652-670. doi: 10.1080/08870446.2014.974603
- Saxon, S. V., Etten, M. J., & Perkins, E. A. (2015). *Physical change and aging: A guide for the helping professions* (6th ed). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Scheibe, S., & Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *65*, 135-144. doi:10.1093/geronb/gbp132
- Scherbov, S., & Sanderson, W. C. (2016). New Approaches to the conceptualization and measurement of age and aging. *Journal of Aging and Health*, *28*, 1159-1177. doi:10.1177/0898264316656517
- Schotanus-Dijkstra, M., ten Klooster, P. M., Drossaert, C. C., Pieterse, M. E., Bolier, L., Walburg, J. A., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Validation of the Flourishing Scale in a sample of people with suboptimal levels of mental well-being. *BMC Psychology*, *4*, 1-10. doi:10.1186/s40359-016-0116-5
- Schroots, J. J. F. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, *36*, 742-748. doi: 10.1093/geront/36.6.742
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde / History of the concept of health. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *17*(1), 29-41.

- Scorsolini-Comin, F. (2012). Por uma nova compreensão do conceito de bem-estar: Martin Seligman e a Psicologia Positiva. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22, 433-435. doi:10.1590/S0103-863X2012000300015
- Scorsolini-Comin, F., Fontaine, A. M. G. V., Koller, S. H., & Santos, M. A. (2013). From authentic happiness to well-being: The flourishing of Positive Psychology. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26, 663-670. doi:10.1590/S0102-79722013000400006
- Seeleib-Kaiser, M. (2016). The end of the conservative German welfare state model. *Social Policy & Administration*, 50, 219-240. doi:10.1111/spol.12212
- Segel-Karpas, D., Ayalon, L., & Lachman, M. E. (2018). Loneliness and depressive symptoms: The moderating role of the transition into retirement. *Aging & Mental Health*, 22(1), 135-140. doi:10.1080/13607863.2016.1226770
- Seibel, K. (2016). Bureaucratic birthdates: Chronometric old age as resource and liability in U.S. refugee resettlement. *Refuge (0229-5113)*, 32(3), 8-17.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new Positive Psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. London, England: Nicholas Brealey Publishing.
- Seligman, M. E. P. (2010). Flourish: Positive Psychology and positive interventions. *The Tanner Lectures on Human Values*. Retrieved from [https://tannerlectures.utah.edu/\\_documents/a-to-z/s/Seligman\\_10.pdf](https://tannerlectures.utah.edu/_documents/a-to-z/s/Seligman_10.pdf)
- Seligman, M. E. P. (2011a). Building Resilience. *Harvard Business Review*, 89(4), 100-106.
- Seligman, M. E. P. (2011b). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017 – 2025: Proposta do grupo de trabalho interministerial – Despacho nº 12427/2016*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

- Settersten, R. A., Jr., & Godlewski, B. (2016). Concepts and theories of age and aging:. In V. L. Bengtson & R. A., Jr. Settersten (Eds.), *Handbook of theories of aging* (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 9-25). New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.
- Settersten, R. A., Jr., & Hagestad, G. O. (2015). Subjective aging and new complexities of the life course. In M. Diehl & H.-W. Wahl (Eds.), *Subjective aging: New developments and future directions (Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 35, 29–54*. doi:10.1891/0198-8794.35.29). New York, NY: Springer Publishing Company, LCC.
- Shaughnessy J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2009). Research methods in Psychology (8<sup>th</sup> ed.). Burr Ridge, IL: McGraw-Hill Higher Education.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2012). The challenge of staying happier: Testing the hedonic adaptation prevention model. *Personality and Social Psychology Bulletin, 38*, 670-680. doi:10.1177/0146167212436400
- Sherman, D. S., Mauser, J., Nuno, M., & Sherzai, D. (2017). The efficacy of cognitive intervention in mild cognitive impairment (MCI): A meta-analysis of outcomes on neuropsychological measures. *Neuropsychology Review, 27*(4), 440-484. doi:10.1007/s11065-017-9363-3
- Shrestha, A. K. (2016). Positive Psychology: Evolution, philosophical foundations, and present growth. *Indian Journal of Positive Psychology, 7*, 460-465.
- Silva, A. J., & Caetano, A. (2013). Validation of the flourishing scale and scale of positive and negative experience in Portugal. *Social Indicators Research 110*, 469-478. doi:10.1007/s11205-011-9938-y
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia, 26*(3), 503-515
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 467-487. doi:10.1002/jclp.20593
- Small, B. J., Dixon, R. A., & McArdle, J. J. (2011). Tracking cognition–health changes from 55 to 95 years of age. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, 66B*(S1), i153-i161. doi:10.1093/geronb/gbq093
- Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 8*, 7-15.

- Sousa, M., Pereira, A., Costa, R., & Gomes, P. (2017). As queixas subjetivas de memória num cuidado de saúde primário: Um estudo follow up. *Psychology, Community & Health, 6(1)*, 67-78. doi: 10.5964/pch.v6i1.204
- Souza A., Pelegrini, T. S., Ribeiro, J. H. M., Pereira, D. S., & Mendes, M. A. (2015). Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura [Concept of family insufficiency in the aged: critical literature analysis]. *Revista Brasileira de Enfermagem, 68*, 1176-1185. doi:10.1590/0034-7167.2015680625i
- Spar, J. E. & La Rue, A. (2005). *Psiquiatria geriátrica: Guia prático de medicina*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Spini, D., Jopp, D. S., Pin, S., & Stringhini, S. (2016). The multiplicity of aging: Lessons for theory and conceptual development from longitudinal studies. In V. L. Bengtson & R. A., Jr. Settersten (Eds.), *Handbook of theories of aging* (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 669-690). New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality, 76*, 199–228. doi:10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x
- Stephan, Y., Caudroit, J., Jaconelli, A., & Terracciano, A. (2014). Subjective age and cognitive functioning: A 10-year prospective study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 22*, 1180-1187. doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.007
- Stephan, Y., Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2015). How old do you feel? The role of age discrimination and biological aging in subjective age. *PLoS ONE, 10(3)*, 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0119293
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Psychological wellbeing, health, and ageing. *The Lancet, 385*, 640–648. doi:10.1016/S0140-6736(13)61489-0
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal Of The International Neuropsychological Society, 8(3)*, 448-460. doi:10.1017/S1355617702813248
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurology, 11*, 1006-1012. doi:10.1016/S1474-4422(12)70191-6
- Steunenbergh, B., van der Mast, R., Strijbos, M. J.; Inouye, S.K., & Schuurmans, M. J. (2016). How trained volunteers can improve the quality of hospital care for older patients. A qualitative evaluation within the Hospital Elder Life Program (HELP). *Geriatric Nursing, 37*, 458–463. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.06.014

- Stone, B. M., & Parks, A. C. (2018). Cultivating subjective well-being through positive psychological interventions. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being* (pp. 1-12). Salt Lake City, UT: DEF Publishers. doi:nobascholar.com. Retrieved from <https://www.nobascholar.com/chapters/59/download.pdf>
- Stukas, A. A., Hoyer, R., Nicholson, M., Brown, K. M., & Aisbett, L. (2016). Motivations to volunteer and their associations with volunteers' well-being. *Nonprofit & Voluntary Sector Quarterly*, *45*(1), 112-132. doi:10.1177/0899764014561122
- Sutipan, P., Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2017). The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *Journal of Happiness Studies*, *18*, 269-291. doi:10.1007/s10902-015-9711-z
- Tabassum, F., Mohan, J., & Smith, P. (2016). Association of volunteering with mental well-being: A lifecourse analysis of a national population-based longitudinal study in the UK. *BMJ Open*, *6*, 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2016-011327
- Takács, A., Koncz, R., Mohan, A., & Sachdev, P. (2017). Forgetfulness, stress or mild dementia? Cognitive assessment of older patients. *Medicine Today*, *18*, 14-22. Retrieved from [http://medicinetoday.com.au/system/files/pdf/MT2017-05-014-TAKACS\\_0.pdf](http://medicinetoday.com.au/system/files/pdf/MT2017-05-014-TAKACS_0.pdf)
- Tardif, S., & Simard, M. (2011). Cognitive stimulation programs in healthy elderly: A review. *International Journal Of Alzheimer's Disease*, *2011*, 1-13. doi:10.4061/2011/378934
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*, 354-365. doi:10.1037/a0023779
- Tay, L., & Kuykendall, L. (2013). Promoting happiness: The malleability of individual and societal subjective wellbeing. *International Journal of Psychology*, *48*, 159-176. doi:10.1080/00207594.2013.779379
- Teixeira, C. V. L., Gobbi, L. T. B., Corazza, D. I., Stella, F., Costa, J. L. R., & Gobbi, S. (2012). Non-pharmacological interventions on cognitive functions in older people with mild cognitive impairment (MCI). *Archives Of Gerontology and Geriatrics*, *54*(1), 175-180. doi:10.1016/j.archger.2011.02.014
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño [Mental health in older adults: Major neurocognitive, affective, and sleep disorders]. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, *33*, 342-350. doi:10.17843/rpmesp.2016.332.2211

- Tomini, F., Tomini, S. M., & Groot, W. (2016). Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BioMed Central Geriatrics*, *16*:203(1), 1-12. doi:10.1186/s12877-016-0362-7
- Tov, W. & Diener, E. (2013). Subjective well-being. In K. D., Keith (Ed.), *Encyclopedia of cross-cultural psychology* (pp. 1-7). New York, NY: Wiley. Retrieved from [http://ink.library.smu.edu.sg/sooss\\_research/1395](http://ink.library.smu.edu.sg/sooss_research/1395)
- Trompetter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy & Research*, *41*, 459-468. doi:10.1007/s10608-016-9774-0
- Trompetter, H. R., Lamers, S. M. A. , Westerhof, G. J., Fledderus, M., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Both positive mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy: Confirmation for the dual-factor model in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research & Therapy*, *91*, 58-63. doi:10.1016/j.brat.2017.01.008
- Tsantali, E., Economidis, D., & Rigopoulou, S. (2017). Testing the benefits of cognitive training vs. cognitive stimulation in mild Alzheimer's disease: A randomised controlled Trial. *Brain Impairment*, *18*(2), 188-196. doi:10.1017/BrImp.2017.6
- Tsoi, K. K. F., Chan, J. Y. C., Hirai, H. W., Wong, S. Y. S., & Kwok, T. C. Y. (2015). Cognitive tests to detect dementia: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, *175*(9), 1450-1458. doi:10.1001/jamainternmed.2015.2152
- Tsoi, K. K. F., Chan, J. Y. C., Hirai, H. W., Wong, A., Mok, V. C. T., Lam, L. C. W., & ... Wong, S. Y. S. (2017). Recall tests are effective to detect mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis of 108 diagnostic studies. *Journal Of The American Medical Directors Association*, *18*(9), 807.e17-807.e29. doi:10.1016/j.jamda.2017.05.016
- Tsolaki, M., Kounti, F., Agogiatou, C., Poptsi, E., Bakoglidou, E., Zafeiropoulou, M., & ... Vasiloglou, M. (2011). Effectiveness of Nonpharmacological Approaches in Patients with Mild Cognitive Impairment. *Neurodegenerative Diseases*, *8*(3), 138-145. doi:10.1159/000320575
- Undiyaundeye, F. A. (2016). Psychosocial issues and social adjustment in life after retirement. *International Journal of Humanities and Management Sciences*, *4*, 383-385. Retrieved from <http://www.isaet.org/images/extraimages/ED916010.pdf>

- United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015a). *World population ageing 2015* (ST/ESA/SER.A/390) [Report]. Retrieved from [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)
- United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017a). *World population ageing 2017 – Highlights* (ST/ESA/SER.A/397). Retrieved from [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf)
- United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017b). *World population prospects: The 2017 revision, key findings and advance tables*. Working paper No. ESA/P/WP/248. Retrieved from [https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)
- United Nations (UN), United Nations Volunteers (2011). *State of the world's volunteerism report – Universal values for global well-being*. Retrieved from <https://www.unv.org/sites/default/files/2011%20State%20of%20the%20World%27s%20Volunteerism%20Report%20-%20Universal%20Values%20for%20Global%20Well-being.pdf>
- United Nations (UN), United Nations Volunteers (2015b). *State of the world's volunteerism report – Transforming governance*. Retrieved from <https://www.unv.org/sites/default/files/2015%20State%20of%20the%20World%27s%20Volunteerism%20Report%20-%20Transforming%20Governance.pdf>
- Valenzuela, M., & Sachdev, P. (2009). Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 179-187. doi:10.1097/JGP.0b013e3181953b57
- Valls-Pedret, C., Sala-Vila, A., Serra-Mir, M., Corella, D., de la Torre, R., Martínez-González, M. A., & ... Ros, E. (2015). Mediterranean diet and age-related cognitive decline: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(7), 1094-1103. doi:10.1001/jamainternmed.2015.1668
- van Dyk, S. (2014). The appraisal of difference: Critical gerontology and the active-ageing-paradigm. *Journal of Aging Studies*, 31, 93-103. doi: 10.1016/j.jaging.2014.08.008
- VandenBos, G. R. (2010). *Dicionário de psicologia da APA*. (D. Bueno, M. A. V. Veronose, & M. C. Monteiro, Trads.). Porto Alegre, RS, Brasil: Artmed. (Obra original publicada em 2007).

- Vassilaki, M., Cha, R. H., Aakre, J. A., Therneau, T. M., Geda, Y. E., Mielke, M. M., ... & Roberts, R. O. (2015). Mortality in mild cognitive impairment varies by subtype, sex, and lifestyle factors: The mayo clinic study of aging. *Journal Of Alzheimer's Disease*, 45(4), 1237-1245. doi:10.3233/JAD-143078
- Venkatapuram, S., Ehni, H., & Saxena, A. (2017). Equity and healthy ageing. *Bulletin of The World Health Organization*, 95, 791-792. doi:10.2471/BLT.16.187609
- Verhaeghen, P., Marcoen, A., & Goossens, L. (1992). Improving memory performance in the aged through mnemonic training: A meta-analytic study. *Psychology And Aging*, 7(2), 242-251. doi:10.1037/0882-7974.7.2.242
- Villieux, A., Sovet, L., Jung, S.-C., & Guilbert, L. (2016). Psychological flourishing: Validation of the French version of the Flourishing Scale and exploration of its relationships with personality traits. *Personality & Individual Differences*, 88, 1-5. doi:10.1016/j.paid.2015.08.027
- Vogel, S. J., Banks, S. J., Cummings, J. L., & Miller, J. B. (2015). Concordance of the Montreal cognitive assessment with standard neuropsychological measures. *Alzheimer's And Dementia: Diagnosis, Assessment And Disease Monitoring*, 1, 289-294. doi:10.1016/j.dadm.2015.05.002
- von Herbay, A. (2014), 'Otto Von Bismarck is not the origin of old age at 65', *The Gerontologist*, 54(1), 5. doi:10.1093/geront/gnt111
- von Humboldt, S., & Leal, I. (2015). The old and the oldest-old: Do they have different perspectives on adjustment to aging?. *International Journal of Gerontology*, 9, 156-160. doi:10.1016/j.ijge.2015.04.002
- von Humboldt, S., Leal, I., Pimenta, F., & Niculescu, G. (2012). Beyond age and adjustment: A cross-national qualitative study of older adults' perceptions. *Canadian Social Science*, 8, 139-147. doi: 0.3968/j.css.1923669720120805.5541
- Vostatek, J. (2017). Czech Public and occupational pension schemes and reforms. *Economic Studies & Analyses / Acta VSFS*, 11(1), 61-92.
- Waldron-Perrine, B., & Axelrod, B. N. (2012). Determining an appropriate cutting score for indication of impairment on the Montreal Cognitive Assessment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1189-1194. doi:10.1002/gps.3768
- Walker A. (2015). Active ageing: Realising its potential. *Australasian Journal on Ageing*, 34(1), 1, 2-8. doi:10.1111/ajag.12219

- Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, *21*, S117-S130. doi:10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x
- Walker, A., & Zaidi, A. (2016). New evidence on active ageing in Europe. *Intereconomics*, *51*, 139-144. doi:10.1007/s10272-016-0592-0
- Wang, B., He, P., & Dong, B. (2015). Associations between social networks, social contacts, and cognitive function among Chinese nonagenarians/centenarians. *Archives of Gerontology And Geriatrics*, *60*, 522-527. doi:10.1016/j.archger.2015.01.002
- Wang, X., Romine, J. L., Gao, X., & Chen, J. (2017). Aging impairs dendrite morphogenesis of newborn neurons and is rescued by 7, 8-dihydroxyflavone. *Aging Cell*, *16*, 304-311. doi:10.1111/accel.12553
- Ward, A., Tardiff, S., Dye, A., & Arrighi, H. M. (2013). Rate of conversion from prodromal Alzheimer's disease to Alzheimer's dementia: A systematic review of the literature. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *3*, 320-332. doi:10.1159/000354370
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1020-1030. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1020
- Watson, D., & Clark, L. A. (1994). *The PANAS-X: Manual for the positive and negative affect schedule – Expanded form*. University of Iowa. Retrieved from [https://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=psychology\\_pubs](https://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=psychology_pubs)
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, *98*, 219-235. doi:10.1037/0033-2909.98.2.219
- Wernher, I., & Lipsky, M. S. (2015). Psychological theories of aging. *Disease-a-Month*, *61*, 480-488. doi:10.1016/j.disamonth.2015.09.004
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, *17*, 110-119. doi:10.1007/s10804-009-9082-y

- Wienclaw, R. A. (2013). Growing Old: Biological and Physiological Aging. *Research Starters: Sociology (Online Edition)*. Retrieved from <http://b-on.ual.pt:2103/eds/detail/detail?vid=18&sid=4bfe04a5-9f56-4053-b6b6-68b0c7beffdf%40pdc-v-sessmgr01&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzGhLHVpZCZsYW5nPXBOlWJyJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=89185517&db=ers>
- Williams, K. N., & Kemper, S. (2010). Interventions to reduce cognitive decline in aging. *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services*, 48(5), 42-51. doi:10.3928/02793695-20100331-03
- Willis, S. L., & Caskie, G. I. L. (2013). Reasoning training in the ACTIVE study: How much is needed and who benefits?. *Journal Of Aging And Health*, 25(8, Suppl), 43S-64S. doi:10.1177/0898264313503987
- Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annual Review of Sociology*, 26, 215-240.
- Wilson, J. (2012). Volunteerism research: A review essay. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41, 176-212. doi:10.1177/0899764011434558
- Wilson, R. S., Boyle, P. A., Segawa, E., Yu, L., Begeny, C. T., Anagnos, S. E., & Bennett, D. A. (2013). The influence of cognitive decline on well-being in old age. *Psychology and Aging*, 28, 304-313. doi:10.1037/a0031196
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67(4), 294-306. doi:10.1037/h0024431
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L.-O., & ... Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: Report of the international working group on mild cognitive impairment. *Journal Of Internal Medicine*, 256(3), 240-246. doi:10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x
- Windsor, T. D., Anstey, K. J., & Rodgers, B. (2008). Volunteering and psychological well-being among young-old adults: How much is too much?. *Gerontologist*, 48(1), 59-70.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (review). *The Cochrane Library*, 15, (CD005562), 1-78. doi:10.1002/14651858.CD005562.pub2
- World Health Organization (WHO). (2001). *The world health report 2001: Mental health : New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)

- World Health Organization (WHO). (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2008). *Men ageing and health: Achieving health across the life span*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66941/1/WHO\\_NMh\\_NPH\\_01.2.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66941/1/WHO_NMh_NPH_01.2.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)
- World Health Organization (2014). *Global Health and Ageing Report*. Retrieved from [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf?ua=1](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf?ua=1)
- World Health Organization (WHO). (2015) *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2015. Retrieved from <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
- World Health Organization (WHO). (2017). *Constitution of the World Health Organization: Principles*. Retrieved from <http://www.who.int/about/mission/en/>
- World Health Organization Regional Office for Europe (2012a). *Measurement of and target-setting for well-being: An initiative by the WHO Regional Office for Europe*. First meeting of the expert group Copenhagen, Denmark, 8-9 February 2012. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/167402/e96764.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/167402/e96764.pdf)
- World Health Organization Regional Office for Europe (2012b). *Measurement of and target-setting for well-being: An initiative by the WHO Regional Office for Europe*. Second meeting of the expert group Paris, France, 25-26 June 2012. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/181449/e96732.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/181449/e96732.pdf?ua=1)

- Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A. E., Westerhof, G. J., & Wahl, H. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental Review, 46*, 27-43. doi:10.1016/j.dr.2017.08.002
- Yap, S. C. Y., Anusic, I., & Lucas, R. E. (2012). Does personality moderate reaction and adaptation to major life events? Evidence from the British household panel survey. *Journal of Research In Personality, 46*, 477-488. doi:10.1016/j.jrp.2012.05.005
- Yates, J. A., Clare, L., & Woods, R. T. (2017a). Subjective memory complaints, mood and MCI: A follow-up study. *Aging & Mental Health, 21*(3), 313-321. doi:10.1080/13607863.2015.1081150
- Yates, J. A., Clare, L., & Woods, R. T. (2017b). What is the relationship between health, mood, and mild cognitive impairment?. *Journal Of Alzheimer's Disease, 55*(3), 1183-1193. doi:10.3233/JAD-160611
- Yates, J. A., Clare, L., & Woods, R. T. (2017c). "You've got a friend in me": Can social networks mediate the relationship between mood and MCI?. *BioMed Central Geriatrics, 17*, 1-7. doi:10.1186/s12877-017-0542-0
- Yesavage, J. A., Sheikh, J. I., Friedman, L., & Tanke, E. (1990). Learning mnemonics: Roles of aging and subtle cognitive impairment. *Psychology And Aging, 5*(1), 133-137. doi:10.1037/0882-7974.5.1.133
- Xie, S., Zhang, Z., Chang, F., Wang, Y., Zhang, Z., Zhou, Z., & Guo, H. (2016). Subcortical white matter changes with normal aging detected by multi-shot high resolution diffusion tensor imaging. *Plos ONE, 11*(6), 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0157533
- Zaidi, A., Gasior, K., Zolyomi, E., Schmidt, A., Rodrigues, R., & Marin, B. (2017). Measuring active and healthy ageing in Europe. *Journal of European Social Policy, 27*, 138-157. doi:10.1177/0958928716676550
- Zhu, X., Yin, S., Lang, M., He, R., & Li, J. (2016). The more the better? A meta-analysis on effects of combined cognitive and physical intervention on cognition in healthy older adults. *Ageing Research Reviews, 31*, 67-79. doi:10.1016/j.arr.2016.07.003