



UC/FPCE_2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

A Arte de Ser Velho

Validação do *Attitudes to Ageing Questionnaire* e influência das atitudes face ao envelhecimento no bem-estar subjetivo

Cátia Patrícia Fernandes da Silva (correio electrónico: catiasilva00@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicogerontologia Clínica.

Orientação:

Prof.^a Doutora Margarida Maria Baptista Mendes Pedroso De Lima

Coorientação:

Prof.^a Doutora Maria Teresa M. Carvalho Sousa Machado

A Arte de Ser Velho. Validação do *Attitudes to Ageing Questionnaire* e influência das atitudes face ao envelhecimento no bem-estar subjetivo

Resumo

Na literatura científica regista-se um grande aumento do interesse no fenómeno do envelhecimento. Esta temática atual requer muita atenção por parte dos profissionais que lidam com a população idosa. Importa saber que comportamentos, emoções e pensamentos estão implicados nesta fase do ciclo de vida. Que atitudes são tomadas perante a velhice e que importância estas assumem para o bem-estar subjectivo das pessoas idosas. Assim, validou-se a escala *Attitudes do Ageing Questionnaire* - AAQ (Atitudes Face o Envelhecimento, Laidlaw et al., 2007) na população portuguesa para em seguida se poder avaliar qual a influência das atitudes sobre o envelhecimento no bem-estar subjectivo. Utilizou-se uma amostra de 120 sujeitos idosos entre os 65 e 93 anos, que responderam a um questionário sócio-demográfico, a um teste de rastreio cognitivo (MMSE), uma escala de afetividade (PANAS), uma escala de satisfação com a vida (SWLS), um teste que mede sintomatologia depressiva (GDS) e o AAQ que comporta três subescalas (Perdas Psicossociais, Mudança Física e Crescimento Psicológico). A organização deste instrumento de cariz internacional, que vai permitir a avaliação das atitudes perante o envelhecimento em diferentes culturas apresentou-se nestes três factores e revelou-se adequada à operacionalização e avaliação das atitudes face o envelhecimento, avaliada por sujeitos idosos, o que também foi corroborado noutros estudos com o AAQ. Este estudo permite concluir que atitudes mais positivas perante o envelhecimento aparecem associadas a maior afeto positivo e satisfação com a vida.

Palavras chave: Envelhecimento; Atitudes; Bem-estar Subjetivo; Afeto Positivo.

The Art of Being Old. Validation of the Attitudes to Ageing Questionnaire and attitudes towards aging on the subjective well-being

Abstract

In the scientific literature has been a large increase of interest in the aging phenomenon. This current issues requires much attention from professionals who deal with the elderly population. It's fundamental to know what behaviors, emotions and thoughts are involved in this life's cycle phase. What attitudes are made towards old age and what assume importance for the subjectivity welfare of the elderly. The scale of Ageing Attitudes Questionnaire - AAQ (Laidlaw et al., 2007) was validated in the Portuguese population to then be able to assess what influences attitudes about aging in subjective well-being. We used a sample from 120 subjects aged from 65 to 93 years, who answered a socio-demographic questionnaire, a cognitive screening test (MMSE), a scale of affectivity (PANAS), a scale of life satisfaction (SWLS), a test that measures depressive symptoms (GDS) and the AAQ which involve three subscales (psychosocial losses, physical change and psychological growth). The organization of this internacional's tool will allow the attitudes evaluation towards aging on different cultures in those three factors that has proved to be suitable for the operationalization and evaluation of attitudes towards aging, evaluated by the elderly, which has also been supported in other studies with the AAQ. The present study supports the conclusion that more positive attitudes towards aging are associated with positive affection and fulfillment.

Key words: Aging, Attitudes, Subjective Well-being, Positive Affect.

Agradecimentos

À Professora Margarida Pedroso de Lima, por ser incansável e pragmática, pelas inúmeras oportunidades e aprendizagens que me proporcionou nestes anos singulares, pela orientação e conselhos sábios, por me respeitar e acima de tudo por me permitir ser.

À Professora Teresa Sousa Machado, pela atitude apoiante desde o início da minha jornada, pela disponibilidade, aceitação e conselhos sempre cautelosos e pertinentes.

A todas as pessoas de idade adulta avançada que me receberam e responderam aos questionários. Proporcionaram-me entrevistas fascinantes, verdadeiras lições.

À minha avó, que me fez gostar e admirar pessoas maduras desde cedo.

Aos meus pais, que edificaram a estrutura do meu ser, que sempre foram e continuam a ser grandes exemplos de força e coragem com os quais aprendi imenso. Se hoje termino mais uma etapa é graças a eles.

Aos meus irmãos que me ajudaram a crescer e estiveram sempre perto.

Aos meus padrinhos, pela qualidade das nossas relações e pelo apoio em todo o meu percurso.

Aos meus restantes familiares, pelo suporte e apoio.

Ao Carlos pela ajuda e apoio fundamentais nesta fase da minha vida e por contribuir para a minha felicidade.

Ao Pedro Nuno, por ser o grande companheiro e amigo incondicional desta jornada; à Mariana Maia pela amizade, compreensão, reforço e incentivo fundamentais no terminar desta tarefa; à Magda pela total compreensão e perspectiva únicas; à Inês por ser como é e por saber sempre simplificar a vida; ao Pedro Belo, por estar sempre disposto a ajudar.

À Irmandade da Flôr, por ser um eterno vínculo a Coimbra e por ser um grupo contentor, acolhedor e transformador.

A todos os colegas da faculdade e amigos que aqui não foram mencionados, por experiências enriquecedoras e gratificantes, por me ajudarem a desenvolver e crescer nesta etapa crucial da minha vida.

«Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem, mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres».

Lúcio Aneu Séneca

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	3
1. Da definição à avaliação das atitudes face o envelhecimento	3
2. <i>Attitudes to Ageing Questionnaire</i> -AAQ (Laidlaw et al., 2007)	4
3. A importância do Bem-Estar Subjectivo	7
II. Investigação: Análise do AAQ e da influência das atitudes perante o envelhecimento no bem-estar subjetivo	9
1. Metodologia	9
1.1. Procedimento	9
1.2. Caracterização da amostra	9
1.3. Instrumentos	10
2. Resultados	11
2.1 Estatísticas Descritivas	11
2.2 Consistência Interna	12
2.3 Análise dos itens do AAQ	13
2.4 Análise Fatorial Exploratória (AFE)	14
2.5 Correlações	16
2.5.1 Correlações entre as subescalas do AAQ.....	16
2.5.2 Correlações entre as atitudes face ao envelhecimento (AAQ) e o bem-estar subjetivo (PA) (SWLS)	16
3. Discussão	17
4. Conclusão	19
Referências Bibliográficas	21

Anexos

Anexo A – Protocolo de Avaliação

Anexo B – Dados de Caracterização da Amostra

Anexo C – Análise dos Itens do AAQ

Anexo D – Dados da Variância Total

Introdução

Na atualidade assiste-se a um aumento exponencial da população idosa. Este fenómeno descrito na literatura gerontológica (Fernandes, 2008) manifesta-se tanto a nível mundial como ao nível nacional, tendo-se atingido cerca de 580 milhões de pessoas com mais de 60 anos e prevendo-se que em 2020 se atinja 690 milhões de pessoas idosas. Em Portugal, os dados apontam para que nos próximos 50 anos residirão em território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem (INE, 2009). O índice de envelhecimento em 1960, situava-se nos 27,3%, aumentando em 2011 para uns incríveis 127,8% (INE, 2012, Por data, 2012). Em todo o mundo, estima-se que a faixa etária acima dos 80 anos seja a que mais rapidamente incrementa dentro da população idosa (OMS, 2007), pelo que os mais velhos vão passar a ocupar uma porção considerável da pirâmide de idades.

Este crescimento obriga-nos a refletir e prestar a devida atenção às especificidades, necessidades e exigências, cada vez mais evidentes, de cada indivíduo idoso. Este, perante as mudanças do grupo etário em que está inserido, desenvolve-se e reinventa-se num quotidiano moderno e cada vez mais desafiante.

Efetivamente o aumento da esperança média de vida pode ser considerado uma conquista social e um desafio mas o envelhecimento é, sobretudo, um processo universal que constitui para o ser humano uma experiência subjetiva e inigualável. Considerando-se que a referida experiência da velhice é influenciada por inúmeros factores, tais como género, condição física, meio ambiente, determinantes sociais e comportamentais, estratégias psicológicas e cultura (Baltes, 2003; Ebner et al., 2006; Knight, 2004). Não importa apenas quantificar o aumento da proporção de adultos de idade avançada, mas descrever a qualidade da sua experiência. Neste âmbito, ganha especial relevância para a investigação em Psicogerontologia, a construção, validação e estudo de instrumentos que permitam avaliar estas variáveis.

Contudo, o que se observa é: a) a maioria dos instrumentos para avaliar as experiências subjetivas dos sujeitos mais velhos não foi construída especificamente para a sua faixa etária, bem pelo contrário, o desenvolvimento da investigação na área da avaliação psicológica das pessoas idosas é recente (Simões, 2012); b) a discussão da experiência subjetiva do que é vivenciar a idade avançada é feita por sujeitos de outras faixas etárias, nomeadamente, jovens adultos e adultos de meia-idade (cf. Neri, 1991), quando seria mais pertinente serem os próprios sujeitos idosos a fazê-lo (Boduroglu, 2006); c) apesar da experiência de envelhecer e experienciar a última fase do ciclo de vida ser um fenómeno transcultural, estas são amplamente influenciadas pela cultura de cada país e nem todos os instrumentos têm estes aspetos em conta (Laidlaw, 2007).

Considerar o papel que a cultura desempenha no comportamento humano é particularmente relevante quando se abordam fenómenos de natureza desenvolvimental com impacto sócio-demográfico, mais

especificamente, no envelhecimento piramidal. E, efetivamente, a cultura molda a forma como a pessoa idosa é vista e se vê num determinado contexto social e demográfico (OMS, 2002), tornando a sua experiência simultaneamente única e grupal (idiossincrática e normativa). Por outras palavras, a cultura é um fator fundamental na compreensão das atitudes face ao envelhecimento. Estas representam um processo cognitivo fundamental que determina a valência afetiva com que se vivencia este processo e verifica-se uma notável escassez de instrumentos de avaliação psicológica adaptados à população portuguesa.

A complementar o investimento na avaliação psicológica de adultos de idade avançada, por parte da comunidade científica, também no âmbito da prática sobre saúde mental do idoso se observa uma importante mudança. Com a passagem de um paradigma patogénico, onde o foco primordial de interesse incide na etiologia das doenças, para um paradigma salutogénico que se dedica à exploração das causas e consequências da saúde e do funcionamento positivo; tem-se assistido a um aumento das preocupações relacionadas com a promoção do Bem-Estar na idade adulta (Keyes, Dhingra & Simões, 2010; Ramos, 2005; Santos, Ferreira, Silva & Almeida, 2010; Seligman & Csikzentmihalyi, 2000). Importa então, nesta última perspetiva, explorar os fatores que promovem o Bem-Estar, mais do que aqueles que provocam a doença pois os estudos mostram que os mecanismos psicológicos particulares dos estados de Bem-Estar atuam de forma preventiva e terapêutica sobre a saúde mental e física (cf. Cohen & Pressman, 2006; Diener & Chan, 2011; Folkman & Moskowitz, 2000; Friedman et al., 2005; Keyes et al., 2010; Manderscheid et al., 2010; Pressman & Cohen, 2005; Ryff, Singer & Love, 2004; Seligman, 2008; Siahpush, Spittal & Singh, 2008; Tsenkova, Love, Singer & Ryff, 2008; Urry et al., 2004).

No que remete para a investigação sobre bem-estar na idade avançada, a literatura indica ainda que as pessoas idosas não se revelam menos satisfeitas com a vida por comparação com outros grupos etários, independentemente dos problemas que possam eventualmente ter (Neto, 1999, cit. in Serrazes, 2011); e que o bem-estar afetivo evolui ao longo da vida devido ao aumento da capacidade de regular as emoções. (Carstensen, 1991, cit. por Mroczek & Kolarz, 1998). Esta capacidade depende, em parte, das atitudes que os sujeitos têm perante o seu envelhecimento.

Assim, o objectivo deste trabalho é validar o *Attitudes to Ageing Questionnaire* - AAQ (Atitudes Face o Envelhecimento, Laidlaw et al., 2007; cf. Anexo A) para a população portuguesa e também, averiguar de que modo as atitudes face ao envelhecimento influenciam o bem-estar subjetivo.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes - uma conceptual e outra empírica. A parte conceptual foi estruturada em três capítulos. No primeiro abordam-se as atitudes perante o envelhecimento; no segundo capítulo é feita uma descrição pormenorizada das características do AAQ e uma revisão dos estudos internacionais elaborados com base neste instrumento, deixando para o terceiro capítulo o tema do bem-estar subjetivo. A parte empírica compreende os restantes quatro capítulos: o

primeiro dedicado à metodologia empregue no estudo, o segundo aborda os resultados encontrados, o terceiro desenvolve a discussão e o derradeiro as conclusões que dele se podem retirar.

I – Enquadramento conceptual

1. Da definição à avaliação das atitudes face o envelhecimento

No enquadramento dos modelos teóricos da abordagem desenvolvimental do ciclo de vida, a velhice tem vindo a ser considerada como uma etapa vital com contornos específicos, como referem Birman (1995), Buhler, Havighurst e Neugarten (Coleman & O'Hanlon, 2004). Para o alcance de uma melhor compreensão do que esta etapa implica para o sujeito que a vivencia e que nela amadurece, importa compreender os processos cognitivos, afetivos e comportamentais que contempla.

O construto «atitude» privilegia o acesso aos processos supracitados porque traduz o conjunto de operações cognitivas (crenças/valores), afectos (emoções básicas/sentimentos) e comportamentos (ações) que se formam e transformam ao longo da interação meio-sujeito (Eagly & Chaiken, 1993). Ainda que diversos estudos abordem as tarefas e desafios desenvolvimentais com que se confrontam a população idosa, poucos são os que examinam a atitude da pessoa idosa face ao próprio envelhecimento na resolução dessas tarefas. (Baltes, 1987,1997; Barros, 2004; Okuma, 1998; Neri, 1991; Guidi, 1994).

As atitudes perante o envelhecimento assumem um papel de extrema importância como parte integrante da cultura de cada sociedade, traduzindo o modo como a pessoa idosa é vista e tratada no seio da mesma e conferindo um cariz identitário aos membros do seu grupo, que internalizando as atitudes que apreenderam do seu processo de socialização as transmitem de geração em geração. Assim, do ponto de vista da socialização, os próprios sujeitos idosos transformam-se em agentes de socialização veiculadores das percepções do processo de envelhecimento e de ser velho, tal como os seus familiares, pares, instituições e meios de comunicação social. Por outras palavras, experienciar a velhice varia consoante os fatores culturais, época histórica e religiosidade de cada sociedade (Martins, 2011) mas também em função do papel em que se coloca o sujeito idoso. Do mesmo modo que a cultura influencia a experiência de envelhecimento, também a pessoa idosa que ao longo do envelhecimento adquiriu um património singular vai influenciar a cultura de envelhecimento da sociedade em que se insere e da qual é membro contribuindo para um processo intergeracional de transmissão de valores, de crenças e de atitudes face à velhice.

O que torna a experiência de envelhecimento culturalmente divergente é a multiplicidade de crenças e costumes. Exemplificando, sabe-se que em algumas sociedades tradicionais e em outras asiáticas os adultos de idade avançada são encarados com respeito e honra e assumem um papel de poder e controlo hierárquico (Free, 2002). Já nas sociedades pós Revolução Industrial não é conferido qualquer estatuto ao sujeito idoso, pelo que este

pode não ser reconhecido pela sua família, amigos ou pela própria comunidade (idem). É de notar que isto acontece particularmente no género feminino. Mas também os aspectos geracionais são importantes e representativos desta variabilidade.

Atendendo à inexistência de instrumentos que permitam avaliar a experiência culturalmente imbuída do tornar-se e do ser-se velho é que foi construído o instrumento AAQ. Na seção seguinte procede-se à apresentação e descrição das suas características psicométricas.

2. *Attitudes to Ageing Questionnaire-AAQ (Laidlaw et al., 2007)*

O Atitudes Face ao Envelhecimento (*Attitudes to Ageing Questionnaire*, Laidlaw et al., 2007) é uma medida de auto-relato que tem como objetivo avaliar as atitudes dos próprios sujeitos idosos face ao seu processo de envelhecimento. Este instrumento foi desenvolvido de forma coerente com o conhecimento gerontológico e tendo em atenção os conhecimentos da psicométrica contemporânea.

Os seus autores Laidlaw, Power, Schmidt & WHOQOLD-OLD Group (2007), referem que são os próprios sujeitos de idade avançada os melhores especialistas nesta matéria e que podem e devem ser consultados no que concerne às atitudes face ao envelhecimento. Com efeito, no desenvolvimento do instrumento configurou-se como passo inicial a elaboração de um grupo focal, na Escócia, com trinta e cinco adultos de idade avançada onde a média de idades era de 75 anos (MIN=62; MAX=95), na sua grande maioria (67%) do género feminino. Desta forma avaliaram-se as atitudes gerais destas pessoas idosas relativamente a diferentes aspetos das suas vidas (passado e presente). A partir das ideias geradas pelo grupo, edificaram-se cinco domínios principais conceptualmente pertinentes: o domínio psicológico; o da saúde fisiológica; o social e interpessoal; o económico e o do estatuto e papel social do idoso. Estes domínios podiam assumir uma valência positiva ou negativa. De seguida, repetiu-se a experiência em quatro grupos com pessoas provenientes de quinze Centros de Dia escoceses. Para além destes grupos, criaram-se dois grupos de sujeitos cuidadores: um composto por cuidadores informais (profissionais de saúde) e outro constituído por cuidadores formais (familiares) (Power et al., 2005).

Num segundo passo, recorreu-se à «Técnica de Delphi» que comporta uma dupla estratégia, por um lado, a revisão da literatura existente sobre atitudes face ao envelhecimento, por outro, a análise preliminar dos tópicos e itens gerados em Inglaterra. Para o desenvolvimento da escala, estes conteúdos foram trabalhados por investigadores de quinze centros de investigação (Barcelona, Bath, Bersebá, Budapeste, Copenhaga, Edimburgo, Cantão, Lípsia, Oslo, Praga, Seattle, Tóquio, Umea; Victória e Vilnius).

Considerando que, do ponto de vista da influência cultural, a definição conceptual e linguística dos instrumentos de avaliação deve ser apreciada de forma a contemplar as características específicas de cada população investigada (Cardoso, 2006). Os especialistas dos quinze centros de investigação tiveram em atenção: o conteúdo e forma de expressão própria

de cada comunidade local; o desenho da melhor escala e formato de resposta e a inclusão de possíveis itens ou tópicos. A escala inicial teve em consideração as seguintes regras chave: 1) a utilização de itens redigidos de forma geral («ser velho é ser doente») e de forma pessoal («tenho mais energia agora do que esperava ter para a minha idade»); 2) o emprego de itens na positiva («a sabedoria vem com a idade») e de itens na negativa («os sinais físicos do envelhecimento incomodam-me»); 3) a opção de uma escala de Likert de cinco pontos semelhante aos restantes instrumentos do grupo WHOQOL.

Da versão piloto, resultou uma escala de quarenta e quatro itens, 15 itens gerais e 29 pessoais, com igual número de frases na positiva e na negativa. Os itens agrupam-se nos cinco domínios gerados pelos grupos focais: físico, psicológico, social, económico e de papel/estatuto social. Após tradução e retro-tradução para as diferentes línguas por tradutores bilingues a escala foi aplicada a 1356 sujeitos dos 15 centros supracitados. Cada centro recolheu no mínimo 60 participantes com igual número de sujeitos de cada género, e distribuídos por três grupos etários (60-69; 70-79; 80+). Foram excluídos os sujeitos com doença terminal, demência ou outra limitação cognitiva que pudesse enviesar significativamente a sua percepção sobre a velhice.

No que diz respeito às análises estatísticas, analisou-se a distribuição das respostas aos itens por frequências, os valores omissos, as correlações entre subescalas e itens, a análise da consistência interna e a análise factorial exploratória e confirmatória. Após a redução dos itens e da exploração da estrutura da escala, numa segunda fase de análise, usou-se a abordagem da Teoria da Resposta ao Item (ITM), recorrendo ao modelo de Rash implementado através do programa RUMM e do programa Winmira, a qual permite testar a equivalência de itens ao longo de diferentes populações.

Resultante das análises supracitadas a versão final do AAQ ficou com três subescalas: a subescala das perdas psicossociais, segundo a qual a idade avançada é vista primeiramente como uma experiência negativa onde ocorre perda a nível psicológico e social; a subescala das alterações físicas que aborda aspectos como a saúde, o exercício e a experiência do próprio processo de envelhecimento; a subescala do crescimento psicológico que incide sobretudo em aspectos positivos como a sabedoria e o crescimento que reflectem ganhos na maneira em como os sujeitos se relacionam consigo próprios e com os outros. Cada uma destas subescalas contém oito itens e podem ser contabilizadas de forma independente obtendo-se uma pontuação total para cada subescala. De notar que na subescala perdas psicossociais os itens estão invertidos pelo que, quanto mais elevada for a pontuação, mais negativa vai ser a percepção da velhice neste domínio. Nas restantes escalas, quanto mais elevada for a pontuação, mais positiva vai ser a avaliação da velhice.

Em seguida irão ser referidos alguns dos estudos mais pertinentes de que o AAQ tem sido alvo noutros países, juntamente com uma tabela (quadro 1) que reúne os valores do alfa de Cronbach encontrados para as suas subescalas.

No estudo de Chachamovich, Fleck, Trentini, Laidlaw e Power (2008), o desenvolvimento e adaptação do AAQ à população brasileira envolveu uma amostra de 424 sujeitos, com três categorias de idades (60–69, 70–79, 80+) sendo esta recolhida em lares e centros de dia, hospitais universitários, grupos de idosos e em casas particulares. Nas conclusões os autores referem que o instrumento é fiável, válido, consistente e pode ser aplicado em investigações internacionais, sem embater em constrangimentos culturais.

De igual modo, Kalfoss, Low e Mol (2010) levaram a cabo o estudo de validação do AAQ em dois países: Canadá e Noruega. No Canadá a amostra continha 202 sujeitos com idades entre 60 – 70, 71 – 80 e mais de 81 anos e foi recolhida via e-mail através dos registos das bases de dados do Ministério da Saúde da Colômbia Britânica. Na Noruega, o tamanho da amostra era de 490 sujeitos, com idades distribuídas nas categorias 60–69, 70–79 e mais de 80 anos, sendo selecionados aleatoriamente através de 20 comunidades geográficas, com um desenho proporcional fornecido pelo Instituto de Estatística da Noruega. Em ambos os países foram utilizados outros instrumentos como o WHOQOL-BREF, que é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjectiva da qualidade de vida, composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-OLD avalia também a qualidade de vida e está indicado para usar em conjunto com o teste anterior referido, incluindo seis facetas: funcionamento sensorial; autonomia; actividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade. A GDS foi utilizada para medir a depressão e por último, foi utilizado um questionário de saúde e morbilidade. A validade convergente foi suportada por correlações positivas significativas com todos os domínios do WHOQOL-BREF e com os itens relacionados com a saúde e qualidade de vida global. Também foram encontradas correlações positivas significativas entre todas as subescalas do AAQ e as facetas do WHOQOL-OLD na amostra Norueguesa. As subescalas do AAQ não foram homogéneas pelo que os autores recomendam testes adicionais e o refinamento da escala. Os resultados encontrados sugerem que existe uma relação significativa entre as atitudes face ao envelhecimento por parte dos sujeitos idosos e a sua saúde e também entre a qualidade de vida.

Em Espanha, as propriedades psicométricas do AAQ foram estudadas por Lucas-Carrasco, Laidlaw, Gómez-Benito, e Power (2013) com uma amostra que compunha 242 participantes acima dos 60 anos, recolhida através de centros comunitários, centros de cuidados primários e em *family associations* para a doença mental e demência. Fizeram parte do estudo outros instrumentos passados conjuntamente com o AAQ, tais como a GDS-30 para sintomas depressivos; o SF-12 que recolhe informações demográficas, auto-percepção da saúde e comorbilidade; o WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD que avalia a qualidade de vida. A análise factorial para três factores explica 34% da variância e foram encontradas correlações entre algumas subescalas do AAQ com domínios do WHOQOL-OLD, SF-12, e da GDS-30, indicando boa validade de constructo. Os autores

concluem que a versão espanhola deste do AAQ mostrou propriedades psicométricas aceitáveis numa amostra de conveniência, sendo assim uma medida útil das atitudes para usar em adultos idosos nos serviços clínicos e sociais.

A seguir, podemos observar (quadro 1) os diferentes valores dos Alfas de Cronbach obtidos nos estudos supracitados, que posteriormente serão alvo de comparação com os valores obtidos no presente estudo.

País	Amostra	Idades	Alfa de Cronbach		
			Perdas Psico-sociais	Mudança Física	Crescimento Psicológico
Reino Unido (2007)	5,566	60-100	0,81	0,81	0,74
Brasil (2008)	424	60+	0,86	0,80	0,67
Canadá (2011)	202	60+	0,77	0,79	0,70
Noruega (2011)	490	60+	0,73	0,75	0,73
Espanha (2013)	242	60+	0,59	0,70	0,73

Quadro 1-Alfas de Cronbach dos estudos internacionais

3. A importância do Bem-Estar Subjectivo

Tanto a nível científico como a nível social, as investigações que se focam nas condições que poderão proporcionar melhor qualidade de vida na velhice revestam-se de especial importância, uma vez que poderão facilitar a produção de alternativas de intervenção para as pessoas idosas, que sejam mais adequadas ao seu bem-estar (Fleck, Chachamovich, e Trentini, 2003; Hickey, 2004, cit. por Paúl, Fonseca, Martín, e Amado, 2005). Para além dos aspetos ambientais, a qualidade de vida envolve aspetos internos, relativos à avaliação de cada pessoa correspondendo esses ao bem-estar psicológico e ao bem-estar subjetivo (Veenhoven, 2005). Estes dois tipos de bem-estar construíram-se através de duas perspectivas diferentes: uma dualidade de visões que remontam à Grécia Antiga que ainda se mostra presente nos estudos científicos contemporâneos: a concepção hedonista e a concepção eudaimônica. A visão hedonista associa-se ao bem-estar subjetivo, isto é, à procura de experiências de prazer e à felicidade subjetiva ou o equilíbrio entre afeto positivo e afeto negativo (Diener, 2000; Diener et al., 1999), enquanto a visão eudaimônica associa-se ao bem-estar psicológico, procurando o sujeito eudaimonista alcançar metas, significado e a realização do potencial humano (Ryff, 1995). As divergências respeitantes a esta dualidade de perspectivas de bem-estar podem ser consolidadas, segundo Waterman (1993), fundamentalmente, no fato do bem-estar subjetivo estar associado à felicidade, ao relaxamento, a uma ausência relativa de problemas e a sentimentos positivos; ao passo que já que o bem-estar psicológico se encontra associado ao Ser em mudança, ao exercício do esforço e à procura

do crescimento e desenvolvimento pessoal.

Encontram-se sumariados os aspectos basilares destas duas perspetivas de bem-estar no quadro 2 que se segue, adaptado de Lent (2004).

Posição filosófica	Componentes principais	Tipos de bem-estar e medidas relacionadas	Proponentes principais
Hedónica	Satisfação com a vida (felicidade) Afecto positivo Afecto negativo (ausência)	Bem-estar subjectivo: SWLS (Satisfaction with Life Scale) Afecto positivo Afecto negativo – PANAS (Positive and Negative Affect Schedule)	Diener
Eudaimónica	Auto-aceitação Relações positivas com os outros Autonomia Controlo sobre o meio Propósito de vida Crescimento pessoal	Bem-estar psicológico: Aceitação de si – E.A.P. (Escala Aceitação Pessoal) Sentido da vida – E.S.V. (Escala Sentido de Vida) Crescimento pessoal – E.C.P. (Escala de Crescimento Pessoal) Autonomia – E.A. (Escala da Autonomia)	Ryff

Quadro 2- características das perspetivas de bem-estar, adaptado de Lent (2004).

Segundo Ryff e colaboradores (1998) e Ryan e colaboradores (2001) estas perspetivas de bem-estar podem ser consideradas facetas do funcionamento ótimo do ser humano. De acordo com Diener (2000), Villar et al. (2003) e Simões (2006), o bem-estar subjectivo é constituído por uma componente cognitiva, designada satisfação com a vida (a forma como se avalia a própria vida globalmente considerada, associado ao julgamento que a pessoa faz sobre o seu próprio percurso evolutivo, ou seja, satisfação com a vida) e por uma componente emocional ou afetiva (as reações emocionais, sentimentos de prazer e desprazer experimentadas pela pessoa, ou seja, os afetos positivos ou negativos, face à dita avaliação).

Investigadores do domínio da gerontologia e do bem-estar sustentam o valor adaptativo do afeto positivo (Fredrickson & Losada, 2005; Lyubomirsky, King & Diener, 2005), concluindo que a constância deste afecto promove competências, recursos e comportamentos desejáveis (altruísmo, sociabilidade, resolução de conflitos, atenção criatividade,) e melhora a saúde e a longevidade.

Constituindo o bem-estar subjectivo um indicador relevante do nível de adaptação na velhice (Guedea et al., 2006) é de todo interesse deste estudo averiguar de que forma as atitudes perante o envelhecimento influenciam o bem-estar subjectivo.

II. Investigação: Análise do AAQ e da influência das atitudes perante o envelhecimento no bem-estar subjectivo.

1. Metodologia

1.1 Procedimento

O *Attitudes to Ageing Questionnaire* (Laidlaw et al., 2007) foi sujeito à tradução e retroversão por três pessoas da área com conhecimento de língua inglesa. Depois foram comparadas as três versões com a versão original, seleccionando-se por análise de conteúdo os itens com maior grau de semelhança à escala original. A versão final do questionário manteve os 24 itens e as 5 opções de resposta da original.

Com o fito de obter uma amostra heterogénea, incluíram-se participantes de diferentes regiões de Portugal Continental: Coimbra, Mortágua, Sabrosa e Sintra. O único critério de inclusão foi a idade mínima de 65 anos. A amostra utilizada no estudo foi constituída através do método de amostragem por acessibilidade ou conveniência (Hill & Hill, 2009), já que foram entrevistadas as pessoas a que mais disponíveis.

Os dados foram analisados quantitativamente recorrendo ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS, versão 20). Para a análise de dimensionalidade da escala AAQ optou-se por uma Análise em Componentes Principais com rotação varimax, para ser testada a composição da escala e as relações entre as variáveis que compõem cada dimensão (Tabachnick & Fidell, 2007). Este estudo, de natureza exploratória, permite verificar o agrupamento das variáveis em componentes, considerando a variância total disponível. Decidiu-se pela rotação varimax por ser a opção metodológica do estudo original (Laidlaw et al., 2007). Procedeu-se também à análise da consistência interna para todos os instrumentos utilizados através do cálculo do alfa de Cronbach, considerada a melhor estimativa de fidelidade de um teste (Nunnally, 1978). Posteriormente foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis alvo do estudo.

1.2 Caracterização da amostra

Participaram neste estudo 120 sujeitos (33 do sexo masculino e 87 do sexo feminino), no espectro etário entre os 65 e 93 anos ($M=75.40$, $DP=6.52$). Quanto ao estado civil, verificou-se que 48,3% são casados/união de facto e 41,7% são viúvos, constituindo estes dois estados a maioria da amostra. Relativamente à residência, a maior parte provém de meio rural (59,2%) sendo que, 85,8% da amostra é não institucionalizada. Abordando o nível de escolaridade 53,3% possuem o 4º ano, constituindo a maior fatia da amostra, seguida de 19,2% que corresponde à percentagem de sujeitos analfabetos. Referindo ainda a questão colocada sobre saúde subjectiva, 52,5% consideram que a sua saúde é «razoável», seguido de 20% que consideram que a sua saúde é «boa» (ver Anexo B).

1.3 Instrumentos

A fim de caracterizar de forma geral os participantes, foi elaborado e aplicado um Questionário Sócio-demográfico (Anexo A), onde foram incluídas questões relacionadas com a idade, sexo, residência, habilitações académicas, religião e ainda uma questão sobre a saúde subjectiva.

Relembra-se, ainda, que foi utilizado o Questionário de Atitudes face o Envelhecimento (Anexo A) - descrito anteriormente - que compõe três subescalas de oito itens cada (Perdas Psicossociais, Mudança Física e Crescimento Psicológico). Quanto mais elevada for a pontuação, mais positiva será a avaliação da velhice, com excepção da subescala Perdas Psicossociais em que os itens são invertidos.

Os restantes instrumentos de avaliação utilizados foram escolhidos especificamente por estarem validados para a população portuguesa e serem sólidos psicometricamente. (Cf. Anexo A).

- SWLS

A Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction with Life Scale* conhecida pelas siglas SWLS), proposta por Diener e colaboradores (1985) e alvo de uma revisão por Pavot e Diener (1993), foi utilizada para avaliar a componente cognitiva do bem-estar subjectivo. É uma escala constituída por cinco itens e tem apresentado uma forte consistência interna com um coeficiente alfa de Cronbach de .87 (Diener et al., 1985). Em Portugal, foi primeiro validada por Neto e colaboradores, em 1990, encontrando uma consistência interna de .78 (alfa de Cronbach). Posteriormente a validação da escala foi repetida por Simões (1992), que reduziu a amplitude da escala de resposta de sete para cinco pontos, tendo encontrado uma consistência interna de .77 (alfa de Cronbach), sendo esta última versão a utilizada no presente estudo.

- PANAS

A Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (*Positive Affectiveness & Negative Affectiveness Schedule* - PANAS), desenvolvida e validada por Watson, Clark e Tellegen (1988), foi usada para avaliar a componente afetiva do bem-estar subjectivo. É constituída por vinte termos descritores da afectividade sentida pelo sujeito, divididos em duas subescalas: dez integram o domínio do afecto positivo formando a subescala PA (Afecto Positivo) e os dez restantes termos descrevem o afecto negativo, dando lugar à subescala NA (Afecto Negativo). A consistência interna da PANAS é boa, apresentando valores entre .86 e .90 para a subescala PA e valores entre .84 e .87 na subescala NA. Na versão da PANAS validada por Simões (1993), o investigador adicionou um item a cada uma das subescalas, ambas revelando bons índices de fidelidade, apresentando uma alfa de Cronbach de .82 para PA e de .85 para NA. Foi esta última a versão utilizada neste estudo.

- GDS-30

Escala de Depressão Geriátrica - GDS-30 (*Geriatric Depression Scale* 30; Yesavage et al., 1983; adaptação portuguesa de Barreto et al., 2008) foi desenvolvida especificamente para sujeitos adultos idosos e pretende medir a sintomatologia depressiva. Foi utilizada com o objectivo de permitir excluir

os sujeitos que apresentassem sintomatologia depressiva significativa. Este instrumento é constituído por trinta questões referentes à forma como o sujeito se sentiu na última semana. As questões são colocadas em discurso directo, e espera-se uma resposta no formato sim/não. Alguns itens abordam a existência de sintomatologia depressiva (sente-se muitas vezes desamparado?) sendo a cotação de um ponto atribuída à resposta «sim»; outros itens abordam a inexistência da mesma sintomatologia (Pensa que é muito bom estar vivo(a)?) onde a cotação de um ponto é conferida à resposta «não». Existem três tipos de resultados da avaliação: a) de 0-10 indica ausência de depressão; de 11-20 revela depressão ligeira e de 21-30 demonstra depressão grave.

- MMSE

O Exame Breve do Estado Mental (*Mini-mental State Examination-MMSE*), desenvolvido por Folstein e colaboradores (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) é considerado pelos mesmos como exaustivo no domínio cognitivo, pretendendo avaliar o défice cognitivo ligeiro. O MMSE é composto por onze questões e os conteúdos incidem sobre os aspectos cognitivos das funções mentais. São avaliadas a orientação, retenção, atenção, cálculo, evocação diferida, linguagem e capacidade visuo-construtiva. A pontuação máxima para o teste total varia entre zero e trinta. Em 1994 foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores, sendo definidos pontos de corte diferenciados consoante o nível de escolarização dos sujeitos. Considera-se que a pessoa apresenta um provável *deficit* cognitivo nas seguintes circunstâncias: analfabetos < ou = 15 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade < ou = 22; com escolaridade superior a 11 anos < ou = 27 (Guerrero, 1994).

Apresentados os instrumentos, procede-se ao estudo recorrendo a um plano correlacional exploratório.

2. Resultados

2.1 Estatísticas Descritivas

Numa primeira etapa de apresentação de resultados descrevemos os dados que caracterizam a população alvo de estudo.

Deste modo, fazendo a análise descritiva da amostra relativamente aos resultados obtidos no MMSE, verificou-se que apenas um sujeito, que é analfabeto teve nove pontos neste teste. Este indivíduo foi, desta forma, o único a indicar deficit cognitivo, pontuando a restante amostra sempre acima dos 15 pontos, independentemente do seu grau de escolaridade, perfazendo uma média de 26,47 (DP=3,65). Face a estes resultados, podemos concluir que os sujeitos da amostra não indicam deficit cognitivo (ver tabela 1).

No que diz respeito à SWLS, os sujeitos apresentam uma pontuação média de 17,46 (DP=4,76). Esta pontuação, que se encontra acima do ponto modal de 12,5 (meio da escala), é indicadora de uma satisfação com a vida geral tendencialmente positiva, tal como se observa na tabela 1.

Quanto à GDS, a presente amostra pontua em média 11,55 (DP=6,35). Este valor enquadra-se na categoria «depressão ligeira» embora se situe no início desta mesma categoria que vai de 11-20, indicando que a amostra

revela pouca sintomatologia depressiva (tabela 1).

Tabela 1- Estatística descritiva: MMSE,SWLS,GDS.

	N	Min.	Máx.	Média	DP
MMSE_Total	120	9	30	26,47	3,651
SWLS_Total	120	5,00	25,00	17,4667	4,76495
GDS_Total	120	0	27	11,55	6,357

Analisando os resultados apresentados na PANAS, para o PA obteve-se uma pontuação média de 34,74 (DP=6,35) e para o NA uma média de 26,24 (DP=7,81). Isto indica maior prevalência de afeto positivo (PA), relativamente ao afeto negativo (NA), como se observa na tabela 2.

Tabela 2 - Estatística descritiva: PA,NA.

	N	Min.	Máx	Média	DP
PA	120	21,00	53,00	34,7417	6,35702
NA	120	11,00	46,00	26,2417	7,81293

2.2 Consistência Interna

Numa segunda etapa, procedeu-se ao cálculo do alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna dos testes e escalas usados no estudo. Assim, na escala PANAS obtiveram-se bons valores (Nunnally,1978) tanto para PA ($=.77$) como no NA ($=.83$), sendo estes valores muito aproximados ao alfa encontrado no estudo da validação portuguesa desta escala. O alfa de Cronbach para a SWLS ($=.78$) verificou-se semelhante ao do estudo da sua validação para a população portuguesa. Na GDS o alfa de Cronbach não foi tão bom ($=.66$) embora o seu valor possa ser considerado aceitável (Nunnally,1978), comparativamente com o das outras escalas. O valor de consistência interna mais pobre encontrado foi o da escala total do AAQ ($=.56$), onde se pensa que aumentando o tamanho da amostra se obteria um valor mais alto para a escala. Por outro lado, relativamente às subescalas do AAQ, surgiram resultados adequados, nomeadamente: obteve-se um alfa de $.79$ para Perdas Psicossociais e de $.74$ para Mudança Física o que são valores com boa consistência interna para Nunnally (1978); e um alfa mais baixo para a subescala Crescimento Psicológico de $.63$, ainda que sendo considerado aceitável, segundo Nunnally (1978). (Cf. tabela 3).

Tabela 3- Alfa de Cronbach de escalas utilizadas.

Alfa de Cronbach	Escala	Nº itens
,771	PA	11

,830	NA	11
,786	SWLS	5
,668	GDS	30
,568	AAQ Total	24
,795	Perdas Psicossociais	8
,745	Mudança Física	8
,631	Crescimento Psicológico	8

2.3 Análise dos itens do AAQ

Olhando, de seguida, para as percentagens e frequências de resposta dos itens do AAQ, é possível referir que estes parecem apresentar uma boa variabilidade, uma vez que os sujeitos utilizaram todas as hipóteses de resposta disponíveis. No Anexo 2 pode observar-se o comportamento dos respondentes e constatar que nos itens «À medida que as pessoas envelhecem tornam-se mais capazes de lidar com a vida», «É um privilégio envelhecer», «A sabedoria vem com a idade», «Há muitas coisas agradáveis no envelhecer», «É importante fazer exercício físico em qualquer idade», «Acho mais difícil falar sobre os meus sentimentos à medida que fico mais velho(a)» e «Não me sinto envolvido(a) na sociedade, agora que sou mais velho(a)», a maior parte dos participantes da amostra respondeu «concordo». Pode-se observar também que nos itens «Aceito-me melhor a mim próprio(a) à medida que fico mais velho(a)», «A minha identidade não é definida pela minha idade», «Tenho mais energia agora do que esperava ter para a minha idade», «Problemas com a minha saúde física não me impedem de fazer aquilo que quero», «É muito importante passar o testemunho da minha experiência para os mais novos», «Acredito que a minha vida fez a diferença», «Quero dar um bom exemplo aos mais novos» e «Mantenho-me em forma e activo(a) o mais possível com exercício», a grande maioria das respostas incidiu no «muito verdadeiro». É de notar que nos seguintes 3 itens «Não me sinto velho(a)», «Envelhecer está a ser mais fácil do que pensava» e «A minha saúde é melhor do que eu esperava, para a minha idade» os respondentes deram maior percentagem à resposta «moderadamente verdadeiro». Existem casos únicos, onde para o item «Sinto-me excluído(a) das coisas, por causa da minha idade» a maior parte dos sujeitos escolheu a resposta «concordo fortemente». Outro dos casos singulares reporta-se ao item «Vejo a velhice sobretudo como um tempo de perdas» onde a maior percentagem de respostas incidiu em «nem concordo, nem discordo». Para concluir, é também de referir os quatro itens que se seguem, onde a maioria dos sujeitos optou pela resposta «discordo»: «À medida que envelheço, acho mais difícil fazer novos amigos», «Estou a perder a minha independência física à medida que envelheço», «A velhice é um tempo triste da vida» e «A velhice é um tempo de solidão» (Cf. Anexo C).

Em suma, é de salientar que todos os itens pertencentes à subescala Crescimento Psicológico obtiveram uma resposta da maioria dos sujeitos incidente no «concordo» ou no «muito verdadeiro».

2.4 Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Numa terceira etapa, seguiu-se para a Análise Fatorial Exploratória.

Segundo Tabachnick e Fidell (2007), para a realização da AFE é adequado utilizar cinco casos por cada item na maioria dos casos, requisito seguido neste estudo. Com o objetivo de determinar a composição fatorial do AAQ (Questionário de Atitudes face o Envelhecimento), foi realizada uma análise em componentes principais com rotação varimax. Para a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi obtido o valor de .718 (cf. tabela 4). Quer isto dizer que este valor se situa acima de .6 e que constitui o valor mínimo sugerido para uma boa análise factorial (Tabachnick e Fidell, 2007), revelando, portanto, uma boa adequação da amostragem. Quanto ao teste de esfericidade de Bartlett (cf. tabela 4), revelou-se significativo, o que permitiu a realização da Análise Fatorial em Componentes Principais. Desta feita, obtiveram-se inicialmente setes componentes principais, ao contrário da escala inicial que compunha apenas três fatores, como podemos observar na tabela 5.

Tabela 4 – Valores KMO e teste de Bartlett.

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,718	
Approx. Chi-Square	868,453	
Bartlett's Test of Sphericity	df	276
	Sig.	,000

Tabela 5 – Componentes Principais

Component	1	2	3	4	5	6	7
1	-,588	,518	-,363	,179	,367	,179	,234
2	,432	,305	,511	,431	,226	,433	,186
3	-,052	,469	,460	-,621	,269	-,254	-,208
4	-,580	-,141	,419	,114	-,282	,412	-,454
5	-,064	,129	,117	,618	,083	-,671	-,356
6	-,322	-,529	,397	,011	,399	-,211	,505
7	-,146	,319	,221	,028	-,704	-,228	,529

Contudo, verificando-se que as três primeiras componentes explicam cerca de 40% da variância, optou-se por manter três fatores, como na escala original, como se pode ler no Anexo D.

Na análise exploratória para três componentes principais, obtiveram-se três fatores. E, analisando os itens, o Fator 1 corresponde a Mudança Física, o fator 2 corresponde a Perdas Psicossociais e o fator 3 a Crescimento Psicológico (cf. tabela 6):

Fator 1: 1-2-5-8-11-12-13-14-15-16-17-20-22-23-24

Fator 2: 3-6-9

Fator 3: 4-7-10-18-19-21

Tabela 6 – Três Componentes Principais.

	Component		
	1	2	3
AAQ_1	,369	-,286	,147
AAQ_2	,431	-,229	,234
AAQ_3	-,089	,606	,205
AAQ_4	,284	,092	,284
AAQ_5	,536	-,393	,149
AAQ_6	-,273	,724	,003
AAQ_7	,173	-,139	,394
AAQ_8	,757	,089	,038
AAQ_9	,125	,694	,011
AAQ_10	,309	,142	,407
AAQ_11	,641	-,140	-,022
AAQ_12	-,316	,629	-,026
AAQ_13	,268	-,309	-,114
AAQ_14	,656	-,111	,090
AAQ_15	-,515	,505	,149
AAQ_16	,619	-,012	,096
AAQ_17	,001	,533	-,176
AAQ_18	,075	-,083	,698
AAQ_19	-,058	,047	,698
AAQ_20	-,092	,600	,034
AAQ_21	,068	-,018	,642
AAQ_22	-,010	,633	-,280
AAQ_23	,591	-,200	,065
AAQ_24	,548	-,031	,300

Alguns dos fatores que saturavam na escala original mudaram para o

fator 1, como se pode observar. É de salientar que se optou por colocar o item 4 no fator 3, uma vez que se encontra saturado em duas das componentes. No entanto - e segundo a escala original - este pertence ao fator 3.

2.5 Correlações

2.5.1 Correlações entre as subescalas do AAQ

Numa quarta parte, calculou-se a correlação entre as três subescalas que compõem o AAQ. De modo geral é possível observar que as subescalas se relacionam de forma significativa ainda que avaliando construtos diferentes.

Quanto à subescala Perdas Psicossociais, à medida que esta aumenta, o que significa uma visão mais negativa da velhice nesta faceta, menor é a percepção das mudanças físicas ($r = -.374$; $p = .000$) e do crescimento psicológico ($r = -.313$; $p = .000$) como sendo positivos, sendo consideradas correlações médias (Cohen,1988).

Na correlação da subescala Mudança Física com a subescala Crescimento Psicológico, obteve-se uma correlação positiva significativa moderada (Cohen,1988), significando que à medida que as mudanças físicas são percebidas como positivas também o mesmo acontece com o crescimento psicológico ($r = .471$; $p = .000$), como se observa na tabela 7.

Tabela 7 - Correlações entre subescalas AAQ

		AAQ_perdas_psicoss	AAQ_mudança_física	AAQ_crescim_psicológico
AAQ_perdas_psicoss	Pearson Correlation	1	-,374**	-,313**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
AAQ_mudança_física	Pearson Correlation	-,374**	1	,471**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
AAQ_crescim_psicológico	Pearson Correlation	-,313**	,471**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2.5.2 Correlações entre as atitudes face ao envelhecimento (AAQ) e o bem-estar subjectivo (PA) (SWLS)

Em quinto lugar, e no sentido de responder aos objetivos estabelecidos para o estudo - verificar qual a influência das atitudes face o envelhecimento

no bem-estar subjectivo - realizou-se o cálculo de correlações entre as subescalas das atitudes face o envelhecimento do AAQ e o afeto positivo (PA) e a satisfação com a vida (SWLS).

Neste âmbito, o fator Mudança Física correlaciona-se com o fator Crescimento Psicológico (CP) ($r = .361; p = .000$) e SWLS ($r = .271; p = .003$) de forma positiva e significativa, ainda que com uma força estatística moderada para CP e pequena para SWLS (Cohen, 1988). O fator Perdas Psicossociais relaciona-se de forma significativa e negativa com a PA ($r = -.187; p = .041$) e com a SWLS ($r = -.261; p = .004$), o que significa que uma maior pontuação na PA e SWLS é equivalente a pontuação baixa neste factor, porque tem os itens invertidos. É de notar que esta correlação é segundo Cohen (1988) considerada pequena. O fator Crescimento Psicológico relaciona-se de forma positiva e significativa com a Mudança Física ($r = .361; p = .000$) e PA ($r = .375; p = .000$) indicando correlações moderadas (Cohen, 1988). É de referir ainda uma correlação pequena (Cohen, 1988) na PA com a SWLS ($r = .208; p = .023$). (Cf. tabela 8).

Tabela 8 - Correlações entre AAQ, PA e SWLS

		Mudança Física	Perdas Psicossociais	Crescimento Psicológico	PA	SWLS_total
Mudança Física	Pearson Correlation	1	,060	,361**	,136	,271**
	Sig. (2-tailed)		,515	,000	,138	,003
Perdas Psicossociais	Pearson Correlation	,060	1	,004	-,187*	-,261**
	Sig. (2-tailed)	,515		,964	,041	,004
Crescimento Psicológico	Pearson Correlation	,361**	,004	1	,375**	,075
	Sig. (2-tailed)	,000	,964		,000	,414
PA	Pearson Correlation	,136	-,187*	,375**	1	,208*
	Sig. (2-tailed)	,138	,041	,000		,023
SWLS_total	Pearson Correlation	,271**	-,261**	,075	,208*	1
	Sig. (2-tailed)	,003	,004	,414	,023	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3. Discussão

O objetivo deste trabalho consistiu inicialmente em validar o Questionário de Atitudes face o Envelhecimento - *Attitudes to Ageing Questionnaire* de Laidlaw e colaboradores (2007) e elaborar um primeiro estudo de adaptação para a população portuguesa, com este instrumento de

cariz intercultural, para, em seguida, averiguar se as atitudes face o envelhecimento influenciam o bem-estar subjectivo de um grupo de pessoas de idade avançada. Propôs-se esta tarefa pois este instrumento tem-se revelado fiável, válido e consistente (Chachamovich et al, 2008). Tem sido, ainda, utilizado em diversos estudos com amostras de sujeitos de idade adulta em diversos países. Por outro lado, considerando a escassez de estudos a avaliar a relação entre AAQ e BES, realizou-se um segundo estudo que permitisse responder a esta lacuna da pesquisa em gerontologia.

Os resultados obtidos no presente trabalho permitem concluir que as propriedades psicométricas do instrumento AAQ são aceitáveis, apesar de se ter obtido um alfa baixo no AAQ total. A respeito do estudo da consistência interna das escalas e subescalas do AAQ sublinha-se que vários autores (DeVellis, 2003; Hill & Hill, 2009; Netemeyer, Bearden, & Sharma, 2003) demonstram unanimemente que a extensão da escala, ou seja, o número de itens que a constitui, influencia fortemente os valores das correlações, covariâncias e, conseqüentemente, das consistências internas. A consistência interna encontrada para o AAQ foi de .56 para o alfa de Cronbach, sendo este valor um pouco abaixo do desejável, embora se possa ter em consideração que se o tamanho da amostra aumentasse, esse valor também aumentaria.

Quanto às subescalas, os alfas obtidos consideram-se bons (Nunnally, 1978) para a subescala Perdas Psicossociais ($\alpha = .79$) e para a subescala Mudança Física ($\alpha = .74$) e considera-se aceitável (Nunnally, 1978) para a subescala Crescimento Psicológico ($\alpha = .63$). É de referir que as subescalas têm sido muito utilizadas de forma independente, sendo até mais referidas nos estudos internacionais, em detrimento da escala total. Quanto à distribuição obtida para a solução factorial de 3 fatores, que explica cerca de 40% da variância total é razoável.

No que diz respeito a uma análise comparativa entre os valores de consistência interna encontrados nesta amostra portuguesa e os estudos internacionais referidos anteriormente é de mencionar os dados que mais se destacam relativamente aos estudos nos restantes países. A título de exemplo, o valor do alfa para a subescala Perdas Psicossociais é superior aos valores encontrados nos estudos do Canadá, Noruega e Espanha, apesar do tamanho das amostras utilizadas nesses países ser superior. (Cf. quadro 1, pág. 9).

Quanto à análise dos itens, estes apresentaram boa variabilidade, visto terem sido usadas todas as hipóteses de resposta. Alguns itens parecem ter uma interpretação dúbia o que possivelmente leva-os a saturarem numa dimensão que não a original.

É de salientar o comportamento dominante da amostra em três itens muito pertinentes para a compreensão de fenómenos descritos na literatura sobre gerontologia e desenvolvimento na idade avançada. Em: «Sinto-me excluído(a) das coisas, por causa da minha idade» a maioria da amostra respondeu «concordo fortemente» indicando que estes respondentes podem ser alvo de julgamentos avaliativos devido simplesmente à sua idade avançada (Butler, 1963), ou seja, receptores de *ageism*, o estereótipo em

relação à idade. Por outro lado, nos itens «A velhice é um tempo triste da vida» e «A velhice é um tempo de solidão» onde a maior parte dos inquiridos optou pela resposta «discordo», os resultados parecem contrariar algumas ideias feitas e estereotipadas que circulam relativamente à velhice. Estes dados implicam uma nova reflexão: serão as atitudes face ao envelhecimento mais preconceituosas naqueles que rodeiam os sujeitos de idade avançada do que nos próprios? Serão os ageists os que excluem em face da idade? Um estudo comparativo com amostras de sujeitos de diferentes idades poderá responder a esta questão de forma empírica.

Outro dos aspetos concernentes e reveladores da análise dos itens é que a maioria dos sujeitos da amostra optou por respostas sempre incidentes em: «concordo» ou em «muito verdadeiro» para todos os itens da subescala Crescimento Psicológico. Efetivamente, isto parece refletir uma avaliação muito positiva por parte da amostra neste fator, sendo sinónimo de ganhos na maneira como os sujeitos se relacionam consigo próprios e com os outros ao longo do processo de envelhecimento.

Abordando agora as correlações realizadas no intuito de explorar a relação entre as atitudes face ao envelhecimento e o bem-estar passa-se a descrever as relações significativas encontradas entre cada subescala do AAQ e o PA e SWLS para o bem-estar.

Foi possível observar que à medida que o fator Perdas Psicossociais aumenta, o afeto positivo (PA) ($r = -.187; p = .041$) e a satisfação com a vida (SWLS) ($r = -.261; p = .004$) diminuem, e apesar da correlação ser pequena (Cohen, 1988), indica que uma percepção da idade avançada como experiência negativa, com perdas a nível psicológico e social não suscitam afeto positivo nem satisfação com a vida. Na verdade, face à revisão da literatura feita, este dado era espectável.

A análise da correlação entre o PA ($r = .375; p = .000$) com a subescala Crescimento Psicológico indica uma correlação moderada (Cohen, 1988). Revela que quanto mais os sujeitos se focam em aspetos positivos, como a sabedoria e o crescimento (que reflectem ganhos na maneira em como os sujeitos se relacionam consigo próprios e com os outros), mais afetos/emoções positivas experimentam. Este dado corrobora também os resultados encontrados no estudo Australiano com o AAQ, onde atitudes mais positivas face ao envelhecimento foram associados a maiores níveis de satisfação com a vida (Bryant et al., 2012).

Finalmente, no que se refere à subescala Mudança Física (relacionada com a percepção de estar em boa forma, com saúde, prática de exercício físico e uma satisfatória experiência de envelhecimento) encontrou-se uma relação positiva e significativa com a SWLS ($r = .271; p = .003$). Esta correlação apresenta um poder estatístico pequeno (Cohen, 1988) mas sugestivo de que quando as pessoas cuidam do seu corpo mantendo-se em forma e pensam que a sua identidade não é definida pela sua idade, estes sujeitos tendem a estar mais satisfeitos com a sua vida.

4. Conclusão

Os dados considerados neste estudo revelam que as atitudes face ao

envelhecimento são meritorias de atenção tanto ao nível da investigação como da intervenção na promoção do bem-estar subjectivo.

Este estudo pioneiro na população portuguesa vem reforçar a hipótese colocada pelo grupo WHOQOL sobre a importância de contribuir para o desenvolvimento de um novo instrumento internacional que se torne, através de estudos de adaptação e validação, adequado aplicar a sujeitos de idade avançada em várias culturas. O AAQ permite um meio de avaliação e até confronto com o modo como se envelhece em diferentes culturas e em diferentes contextos económicos, políticos e sociais.

Corroborando o que tem sido dito noutros estudos com o AAQ, a organização nestes três fatores também aqui se revelou adequada à operacionalização e avaliação do envelhecimento bem-sucedido, que passa pelas atitudes face o envelhecimento, avaliada por sujeitos idosos.

Verificou-se que atitudes mais positivas perante o envelhecimento são promotoras de afeto positivo e satisfação com a vida, como havia já sido confirmado por outros autores também: as pessoas mais satisfeitas com a vida e mais felizes tendem a acreditar que conseguem influenciar os acontecimentos do seu dia-a-dia a perceber, de maneira positiva, as circunstâncias da vida e a confiar nas suas capacidades e competências (Simões, 1985).

Apesar dos esforços desenvolvidos ao longo deste trabalho, as naturais imposições de limites temporais e de recursos financeiros contribuíram para o aparecimento de algumas fragilidades metodológicas. Seria desejável que a amostra pudesse contar com grupos de sujeitos semelhantes. No entanto, podemos apontar o desequilíbrio do tamanho das amostras quanto ao género, escolaridade e o intervalo de idades relativamente espaçado que faz com que se verifique uma categoria única e com grande amplitude de idades (65-93 anos) não permitindo fazer comparações com a mesma robustez estatística entre subgrupos de sujeito idosos.

A par disto e como pontos fortes deste estudo, antes de mais, é de salientar a actualidade da temática do bem-estar subjectivo no envelhecimento e a importância que este estudo pode assumir nos dias de hoje. Os sujeitos de idade avançada ocupam uma faixa cada vez maior da pirâmide etária. Sendo assim, no seu desenvolvimento importa que tenham um estado de saúde completo, sem doença e com bem-estar (Keyes et al., 2010; Manderscheid et al., 2010; Ryff et al., 2006; Seligman, 2008). Foi para ir de encontro a um estado de saúde completo como é proposto pela OMS que esta pesquisa implicou uma avaliação complexa, global e positiva, passando pelo controlo do funcionamento cognitivo (MMSE), estados depressivos (GSD) e afetos e emoções (positivas/negativas) (PANAS e SWLS). Para além disto, neste estudo tivemos a oportunidade de dar o poder, de fazer a avaliação da velhice, aos «especialistas» da área, isto é, aos adultos de idade avançada.

Ademais estes dados assumem especial importância quando podem ajudar a responder a necessidade atuais no âmbito da investigação e da intervenção na qualidade de vida e no envelhecimento ativo. O AAQ pode

facilitar a compreensão da modelação e aprendizagem de atitudes em contexto social, familiar ou institucional, servindo para a otimizar ou ajustar, na prestação de serviços (saúde/sociais) as atitudes de sujeitos de diferentes idades ou pode ainda permitir avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas ou psicoeducativas centradas nas atitudes.

No futuro e com o intuito de contribuir para o aprofundamento de estudos nesta área deixamos alguns caminhos a explorar na sequência desta pesquisa.

Seria recomendado utilizar uma amostra mais alargada e com maior equilíbrio de tamanho da amostra entre subgrupos com diferenças na escolaridade, género e distribuição semelhante por várias categorias de idades (e.g., com espaço de dez anos, por exemplo 65-75). Neste sentido, vale a pena também reproduzir o estudo numa amostra de pessoas centenárias.

No que diz respeito ao estudo de outras variáveis ou recurso a outros instrumentos seria interessante, por exemplo, colocar outra medida que não de auto-relato na aferição da validade da escala. Neste âmbito, o investigador pode recorrer ao relato de outros, para ver se as percepções de familiares, cuidadores ou amigos da pessoa de idade avançada se conjugam, permitindo aqui também averiguar se os instrumentos medem aquilo que pretendem medir.

Fica a sugestão de utilização de uma escala de acontecimentos de vida, que permite averiguar ou controlar de certa forma o papel que esses acontecimentos têm nas atitudes. Também seria pertinente medir o suporte social e de que modo este pode influenciar as atitudes face ao envelhecimento, usando uma escala de suporte social. Embora tenhamos optado por não sobrecarregar os respondentes com mais instrumentos atendendo aos efeitos que o cansaço pode desempenhar na validade das respostas consideramos que estes dados assumem a maior importância tanto na compreensão das atitudes como na relação desta com o bem-estar.

O bem-estar aparece associado às atitudes face ao envelhecimento, relação que é trabalhada e moldada a tempo inteiro, com contornos específicos na idade adulta avançada. Este desafio pode ser proporcionador de equilíbrios ou desequilíbrios, ganhos ou perdas mediante a atitude tomada perante este processo, como que se de uma arte se tratasse, a arte em envelhecer.

Referências Bibliográficas:

Albuquerque, L., & Lima, M. (2007). Personalidade e bem-estar subjetivo: uma abordagem com os projetos pessoais. Recuperado em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>.

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611 – 626. doi:10.1037/0012-1649.23.5.611.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogenesis: Selection, optimization, and compensation as foundations of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366 – 380. doi:10.1037/0003-066X.52.4.366.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging to the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49 (2), 123 – 135. doi:10.1159/000067946.
- Barreto, J., Leuchner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD) (Ed.), *Escalas e Testes na Demência* (2ª ed., pp. 71 – 72). Lisboa: Novartis.
- Barros, M. M. L. (2004). Velhice na Contemporaneidade. In C. E. Peixoto (Org.), *Família e Envelhecimento* (pp. 13 – 22). Rio de Janeiro: FGF.
- Birman, J. (1995). Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In R. P. Veras (Ed.), *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Relume-Dumará: UNATI/UERJ.
- Boduroglu, A. C., Yoon, C., Luo T., & Park D. C. (2006). Age-related stereotypes: A comparison of American and Chinese cultures. *Gerontology*, 52, 324 – 333. doi:10.1159/000094614.
- Bryant, C., Bei, B., Gilson, K., Komiti, A., Jackson, H., & Judd, F. (2012). The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1674-83. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S1041610212000774.
- Cardoso, I. (2006). Aspectos Transculturais na Adaptação de Instrumentos de Avaliação Psicológica. *Interacções*, 10, 98 – 112. Recuperado em <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/178/184>.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Trentini, C., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Development and validation of the Brazilian version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): An example of merging classical psychometric theory and the Rasch measurement model. *Health and Quality of Life*, 6(5), 1 – 10. doi: 10.1186/1477-7525-6-5.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., & Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 122 – 125. doi:10.1111/j.0963-7214.2006.00420.x.
- Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and development*. New York: Oxford University.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks: Sage.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213 - 229). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34 – 43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34.
- 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.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, Ph: Harcourt Brace Jovanovich.
- Ebner, N., Freund, A., & Baltes, P. (2006). Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: From striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging*, 21(4), 664 – 678. doi:10.1037/0882-7974.21.4.664.
- Fernandes, L. (2008). A Doença do Envelhecimento. *Revista Rediteia - Rede Europeia Anti-Pobreza*, 41, 56 – 58.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647 – 654. doi:10.1037//0003-066X.55.6.647.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189 – 198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6.

- Fonseca, A. M., Paúl, C., Martin, I., & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 97 – 108). Lisboa: Climepsi.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678 - 686. doi:10.1037/0003-066X.60.7.678.
- Free, M. (2002). The aging of America: culture, stress, and sex. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 15(1), 74 – 76. Recuperado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1276337/pdf/bumc0015-0074.pdf>.
- Friedman, E. M., Hayney, M. S., Love, G. D., Urry, H. L., Rosenkranz, M. A., Davidson, R. J., & Ryff, C. D. (2005). Social relationships sleep quality, and interleukin-6 in aging women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102, 18757 – 18762. doi:10.1073/pnas.0509281102.
- Guedea, M., Albuquerque, F., Tróccoli, B., Noiega, J., Seabra, M., & Guedea, R. (2006). Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2) 301 – 308. doi:10.1590/S0102-79722006000200017.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia* [9].
- Guidi, M. L. M. (1994). A aposentadoria e a reorganização da identidade social. In M. L. M. Guidi & M.R.L.P. Moreira, (Orgs.), *Rejuvenescer a velhice* (pp.141 – 154). Brasília: UnB.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projecções de População Residente - Portugal - 2008 – 2060*. Recuperado em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65946767&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *PORDATA*. Recuperado em <http://www.pordata.pt/Municipios/Indexe+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-348>.

- Instituto Nacional de Estatística. (2012). PORDATA. Recuperado em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- Kalfoss, H. M., Low, G., & Molzahn, A. E. (2010). Reliability and validity of the attitudes to ageing questionnaire for Canadian and Norwegian older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 75 – 85. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00786.x.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simões, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366 – 2371. doi:10.2105/AJPH.2010.192245.
- Knight, B. (2004). *Psychotherapy with Older Adults* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Laidlaw, K., Power, M., & Schmidt, S. (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): Development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 367 – 379. doi:10.1002/gps.1683.
- Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychological adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 482 – 509. doi:10.1037/0022-0167.51.4.482.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., Gómez-Benito, J., & Power, M. J. (2013). Reliability and validity of the attitudes to ageing questionnaire (AAQ) in older people in Spain. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 490 – 499. doi:10.1017/S1041610212001809.
- 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.
- Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., McKnight-Eily, L. R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing Chronic Disease*, 7(1), 1 – 6. Recuperado em http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/09_0124.htm.
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333 – 1349. doi:10.1037/0022-3514.75.5.1333.
- Neri, A. L. (1991). *Envelhecer num país de jovens: significados do velho e da velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas, SP: Unicamp.

- Netemeyer, R. G., Bearden, W. O., & Sharma, S. (2003). *Scaling Procedures*. Thousand Oaks: Sage.
- Neto, F., Barros, J. H., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, O. Caetano, & J. Marques (Eds.), *Acção educativa: análise psico-social* (pp. 105 – 117). Leiria: ESEL/APPORT.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2ª ed.). USA: McGraw Hill.
- Okuma, S. S. (1998). *O idoso e a atividade física*. Campinas, SP: Papyrus.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Philadelphia: McGraw-Hill Open University Press.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164 – 172. doi:10.1037/1040-3590.5.2.164.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925 – 971. doi:10.1037/0033-2909.131.6.925.
- Ramos, M. (2005). *Crescer em stresse: usar o stresse para envelhecer com sucesso*. Porto: Ambar.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and on 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. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99 – 104. doi:10.1111/1467-8721.ep10772395.
- Ryff, C. D., & Singer (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1 – 28. doi:10.1207/s15327965pli0901_1.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359, 1383 – 1394.

doi:10.1098/rstb.2004.1521.

Santos, E. J. R., Ferreira, J. A., Silva, C., & Almeida, J. G. (2010). Saúde e Felicidade: Prospectos positivos. In E. J. R. Santos, J. A. Ferreira, P. B. Santos, J. P. Leitão, R. David, C. S. Figueiredo, C. M. S. Silva, & J. G. Almeida (Eds.), *Aconselhamento na Saúde: Perspectivas integradoras* (pp. 343 – 356). Viseu: Psicossoma.

Seligman, M. E. P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3 – 18. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5 – 14. doi:10.1037/0003-066X.55.1.5.

Serrazes, A. F. (2011). O bem-estar subjetivo na terceira idade: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados do Concelho de Carregal do Sal. (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade Coimbra, Coimbra.

Siahpush, M., Spittal M., & Singh G. J. (2008). Happiness and life satisfaction prospectively predict self-rated health, physical health, and the presence of limiting, long-term health conditions. *American Journal of Health Promotion*, 23(1), 18 – 26. doi:10.4278/ajhp.061023137.

Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XIX.

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI (3), 503 – 515.

Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M. & Oliveira, M. A. (2003). O bem-estar subjetivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37 (1), 5 – 30.

Simões, A.; Lima, M.P.; Vieira, C.; Ferreira, J. A; Oliveira, Albertina L.; Neto, F. F. M; Ruiz, F. Cardoso, A. P; Felizardo, S. Sousa, L. N. 2006. «Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental», *Psychologica*, 42: 115 - 131.

Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista*

Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica, 34 (1), 9 – 33.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics* (3rd edition). New York: Harper Collins.

Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. New York: Pearson Education Inc.

Tsenkova, V. K., Love, G. D., Singer, B. H., & Ryff, C. D. (2008). Coping and positive affect predict longitudinal change in glycosylated hemoglobin. *Health Psychology*, 27, 163 – 171. doi:10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S163.

Urry, H. L., Nitschke, J. B., Dolski, I., Jackson, D. C., Dalton, K. M., Mueller, C. J., ... & Davidson, R. J. (2004). Making a life worth living: Neural correlates of well-being. *Psychological Science*, 15(6), 367 – 372. doi: 10.1111/j.0956-7976.2004.00686.x.

Veenhoven, R. (2005). Is life getting better?: How long and happily do people live in modern society? *European Psychologist*, 10, 330 - 343. doi:10.1027/1016-9040.10.4.330.

Villar, F., Triadó, C., Soler, C., & Osuna, M. J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152 – 162.

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678 – 691. doi:10.1037/0022-3514.64.4.678.

Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063 – 1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063.

World Health Organization (2007). *The World Health Report 2007*. Recuperado em <http://www.who.int/whr/2007/en/index.html>.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O. Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37 – 49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4.

Anexo A

Protocolo de Avaliação

Questionário Sócio-demográfico

1. Sexo: M ___ F ___

2. Idade _____

3. Nível de escolaridade _____

4. Zona de residência Urbano _____ Rural _____

5. Estado civil: 1-Casado(a)/União de facto _____; 2-Solteiro(a) _____; 3-Viúvo(a) _____;

4-Divorciado(a) _____.

6. Institucionalização: Sim _____ Não _____ Se sim, diga o nome _____

7. Tempo de institucionalização _____

8. É religioso(a): Sim ___ Não ___ Se sim, diga qual _____

9. Saúde subjectiva

“Em geral, diria que, para a sua idade, a sua saúde é:”

má	fraca	razoável	boa	excelente

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

PANAS

Encontra, a seguir, uma lista de palavras que representam diferentes sentimentos e emoções. Indique, até que ponto, costuma experimentar esses sentimentos.

Responda, marcando uma cruz (X) no quadradinho apropriado, ao lado de cada palavra: no quadradinho número 1, se experimentou esse sentimento ou emoção “muito pouco ou nada”; no quadradinho número 2, se os experimentou “um pouco”, etc. Marque a cruz **só num dos cinco quadrados**, à frente de cada palavra.

	1 Nada ou Muito pouco	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
1. Interessado(a).....					
2. Aflito(a).....					
3. Estimulado (a) (animado).....					
4. Aborrecido(a).....					
5. Forte.....					
6. Culpado(a).....					
7. Assustado(a).....					
8. Hostil (inimigo/a).....					
9. Entusiasmado(a) (arrebatado)					
10. Orgulhoso(a).....					
11. Irritável.....					
12. Atento(a).....					
13. Envergonhado(a).....					
14. Inspirado(a).....					
15. Nervoso(a).....					
16. Decidido(a).....					
17. Atencioso(a).....					
18. Agitado(a) (inquieta).....					
19. Activo(a) (mexido).....					
20. Medroso(a).....					
21. Emocionado(a).....					
22. Magoado(a).....					

Por favor verifique se respondeu a todos os itens.

Muito Obrigada.

SWLS

Mais abaixo, encontrará cinco frases, com que poderá concordar ou discordar. Empregue a escala de 1 a 5, à direita de cada frase. Marque uma cruz (x), dentro do quadradinho, que melhor indica a sua resposta, tendo em conta as seguintes opções:

- (1) **DM = Discordo Muito**
- (2) **DP = Discordo Um Pouco**
- (3) **NCND = Não Concordo Nem Discordo**
- (4) **CP = Concordo Um pouco**
- (5) **CM = Concordo Muito**

	DM	DP	NCND	CP	CM
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.....	<input type="checkbox"/>				
2. As minhas condições de vida são muito boas.....	<input type="checkbox"/>				
3. Estou satisfeito com a minha vida.....	<input type="checkbox"/>				
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.....	<input type="checkbox"/>				
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.....	<input type="checkbox"/>				

Questionário de Atitudes face ao Envelhecimento (AAQ-24)

Este questionário pretende saber como se sente relativamente a envelhecer.

Por favor responda a todas as questões.

Se não tem certeza sobre que resposta dar a uma pergunta, escolha aquela que lhe pareça mais apropriada, de acordo com os seus valores, expectativas, gostos e preocupações.

Por exemplo, pensando como se sente no geral, poderíamos fazer a seguinte questão:

Eu não gosto de envelhecer

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

Nesse caso, escolhia uma das opções consoante a sua opinião. Assim, pode circundar o número 4 se não gosta de envelhecer “muito”, ou circundar o número 1 se não está “nada” preocupado com envelhecer. Por favor, leia cada questão, avalie os seus sentimentos e circunde o número, na escala, que melhor corresponda à sua opinião.

As perguntas seguintes questionam sobre o seu grau de concordância com as seguintes afirmações. Por exemplo, se concorda muito com as afirmações circunde o número por baixo do “concordo fortemente”; se não concorda de todo com as afirmações, circunde o número por baixo do “discordo fortemente”.

1. À medida que as pessoas envelhecem tornam-se mais capazes de lidar com a vida.

Discordo Fortemente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1	2	3	4	5

2. É um privilégio envelhecer.

Discordo Fortemente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1	2	3	4	5

3. A velhice é um tempo de solidão.

Discordo Fortemente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1	2	3	4	5

4. A sabedoria vem com a idade.

Discordo Fortemente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1	2	3	4	5

5. Há muitas coisas agradáveis no envelhecer.

Discordo Fortemente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1	2	3	4	5

6. A velhice é um tempo triste da vida.

Discordo Fortemente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1	2	3	4	5

7. É importante fazer exercício físico em qualquer idade.

Discordo Fortemente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1	2	3	4	5

As questões seguintes pretendem saber o quanto são verdadeiras as seguintes afirmações para si. Por exemplo, se a afirmação é “extremamente” verdadeira para si, circunde o número junto ao “extremamente verdadeiro”. Se as afirmações não são de todo verdadeiras para si, faça um círculo à volta do número a seguir ao “nada verdadeiro”.

8. Envelhecer está a ser mais fácil do que pensava.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

9. Acho mais difícil falar sobre os meus sentimentos à medida que fico mais velho(a).

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

10. Aceito-me melhor a mim próprio(a) à medida que fico mais velho(a).

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

11. Não me sinto velho(a).

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

12. Vejo a velhice sobretudo como um tempo de perdas.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

13. A minha identidade não é definida pela minha idade.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

14. Tenho mais energia agora do que esperava ter para a minha idade.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

15. Estou a perder a minha independência física à medida que envelheço.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

16. Problemas com a minha saúde física não me impedem de fazer aquilo que quero.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

17. À medida que envelheço, acho mais difícil fazer novos amigos.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

18. É muito importante passar o testemunho da minha experiência para os mais novos.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

19. Acredito que a minha vida fez a diferença.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

20. Não me sinto envolvido(a) na sociedade, agora que sou mais velho(a).

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

21. Quero dar um bom exemplo aos mais novos.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

22. Sinto-me excluído(a) das coisas, por causa da minha idade.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

23. A minha saúde é melhor do que eu esperava, para a minha idade.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

24. Mantenho-me em forma e activo(a) o mais possível com exercício.

Nada Verdadeiro	Pouco Verdadeiro	Moderadamente Verdadeiro	Muito Verdadeiro	Extremamente Verdadeiro
1	2	3	4	5

Muito obrigado(a) pela sua colaboração.

Subescalas AAQ

Subescala 1: Perdas Psicossociais	Subescala 2: Mudança Física	Subescala 3: Crescimento Psicológico
A velhice é um tempo de solidão.	É importante fazer exercício físico em qualquer idade.	À medida que as pessoas envelhecem tornam-se mais capazes de lidar com a vida.
A velhice é um tempo triste da vida.	Envelhecer está a ser mais fácil do que pensava.	É um privilégio envelhecer.
Acho mais difícil falar sobre os meus sentimentos à medida que fico mais velho(a).	Não me sinto velho(a).	A sabedoria vem com a idade.
Vejo a velhice sobretudo como um tempo de perdas.	A minha identidade não é definida pela minha idade.	Há muitas coisas agradáveis no envelhecer.
Estou a perder a minha independência física à medida que envelheço.	Tenho mais energia agora do que esperava ter para a minha idade.	Aceito-me melhor a mim próprio(a) à medida que fico mais velho(a).
À medida que envelheço, acho mais difícil fazer novos amigos.	Problemas com a minha saúde física não me impedem de fazer aquilo que quero.	É muito importante passar o testemunho da minha experiência para os mais novos.
Não me sinto envolvido(a) na sociedade, agora que sou mais velho(a).	A minha saúde é melhor do que eu esperava, para a minha idade.	Acredito que a minha vida fez a diferença.
Sinto-me excluído(a) das coisas, por causa da minha idade.	Mantenho-me em forma e activo(a) o mais possível com exercício.	Quero dar um bom exemplo aos mais novos.

Escala de Depressão Geriátrica – 30

(GDS-30; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983)

Nome: _____ Data: ____/____/____

- | | |
|---------------|--|
| Última semana | 1. De um modo geral, está satisfeito(a) com a sua vida? Sim Não |
| | 2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? Sim Não |
| | 3. Sente a sua vida vazia?..... Sim Não |
| | 4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?..... Sim Não |
| | 5. Encara o futuro com esperança? Sim Não |
| | 6. Sente-se incomodado(a) com pensamentos que não lhe saem da cabeça?..... Sim Não |
| | 7. Sente-se com boa disposição a maior parte do tempo? Sim Não |
| | 8. Tem medo que lhe venha a acontecer alguma coisa de mal? Sim Não |
| | 9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?..... Sim Não |
| | 10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?..... Sim Não |
| | 11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)? Sim Não |
| | 12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? Sim Não |
| | 13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?..... Sim Não |
| | 14. Acha que tem mais problemas de memória do que a maioria das pessoas? Sim Não |
| | 15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)? Sim Não |
| | 16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?..... Sim Não |
| | 17. Sente que já não tem valor?..... Sim Não |
| | 18. Preocupa-se muito com o passado? Sim Não |
| | 19. Acha a vida interessante?..... Sim Não |
| | 20. Tem dificuldade em fazer coisas novas? Sim Não |
| | 21. Sente-se cheio(a) de energia? Sim Não |
| | 22. Sente-se desesperado(a)? Sim Não |
| | 23. Pensa que a maioria das pessoas está melhor do que o senhor(a)? Sim Não |
| | 24. Fica muitas vezes irritado(a) com coisas sem importância?..... Sim Não |
| | 25. Sente muitas vezes vontade de chorar? Sim Não |
| | 26. Tem dificuldade em conseguir concentrar-se? Sim Não |
| | 27. Levanta-se de manhã com satisfação? Sim Não |
| | 28. Prefere evitar ocasiões em que tenha de conviver com outras pessoas?..... Sim Não |
| | 29. É fácil para si tomar decisões?..... Sim Não |
| | 30. É capaz de pensar tão bem ou com tanta clareza como dantes? Sim Não |

1 ponto para as respostas "**Sim**" nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 ponto para as respostas "**Não**" nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

Total: ____/30

ANEXO B - Caracterização da Amostra

Idade

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
idade	120	65	93	75,40	6,525
Valid N (listwise)	120				

sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid masculino	33	27,5	27,5	27,5
feminino	87	72,5	72,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Nível_Escolaridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid analfabeto	23	19,2	19,2	19,2
4. ^a classe	64	53,3	53,3	72,5
6. ^o ano	6	5,0	5,0	77,5
9. ^o ano	8	6,7	6,7	84,2
12. ^o ano	6	5,0	5,0	89,2
Licenciatura/bacharelato	10	8,3	8,3	97,5
Doutoramento	3	2,5	2,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Residência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Urbano	49	40,8	40,8	40,8
Rural	71	59,2	59,2	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Estado_Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Casado/União	58	48,3	48,3	48,3
Valid Solteiro	6	5,0	5,0	53,3
Valid Viúvo	50	41,7	41,7	95,0
Valid Divorciado	6	5,0	5,0	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Institucionalização

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	17	14,2	14,2	14,2
Valid Não	103	85,8	85,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Religioso

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	111	92,5	92,5	92,5
Valid Não	9	7,5	7,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Saúde_subjectiva_Q10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid má	11	9,2	9,2	9,2
Valid fraca	18	15,0	15,0	24,2
Valid razoável	63	52,5	52,5	76,7
Valid boa	24	20,0	20,0	96,7
Valid excelente	4	3,3	3,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Anexo C - Análise dos itens

AAQ_1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Discordo fortemente	6	5,0	5,0	5,0
Discordo	17	14,2	14,2	19,2
Nem concordo, nem discordo	12	10,0	10,0	29,2
Concordo	64	53,3	53,3	82,5
Concordo fortemente	21	17,5	17,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

À medida que as pessoas envelhecem tornam-se mais capazes de lidar com a vida.

AAQ_2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Discordo fortemente	6	5,0	5,0	5,0
Discordo	27	22,5	22,5	27,5
Nem concordo, nem discordo	13	10,8	10,8	38,3
Concordo	49	40,8	40,8	79,2
Concordo fortemente	25	20,8	20,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

É um privilégio envelhecer.

AAQ_3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Concordo fortemente	6	5,0	5,0	5,0
Concordo	32	26,7	26,7	31,7
Nem concordo, nem discordo	15	12,5	12,5	44,2
Discordo	49	40,8	40,8	85,0
Discordo fortemente	18	15,0	15,0	100,0
Total	120	100,0	100,0	

A velhice é um tempo de solidão.

AAQ_4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Discordo fortemente	4	3,3	3,3	3,3
	Discordo	10	8,3	8,3	11,7
	Nem concordo, nem discordo	16	13,3	13,3	25,0
	Concordo	62	51,7	51,7	76,7
	Concordo fortemente	28	23,3	23,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

A sabedoria vem com a idade.

AAQ_5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Discordo fortemente	5	4,2	4,2	4,2
	Discordo	28	23,3	23,3	27,5
	Nem concordo, nem discordo	26	21,7	21,7	49,2
	Concordo	50	41,7	41,7	90,8
	Concordo fortemente	11	9,2	9,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Há muitas coisas agradáveis no envelhecer.

AAQ_6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Concordo fortemente	10	8,3	8,3	8,3
	Concordo	32	26,7	26,7	35,0
	Nem concordo, nem discordo	16	13,3	13,3	48,3
	Discordo	40	33,3	33,3	81,7
	Discordo fortemente	22	18,3	18,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

A velhice é um tempo triste da vida.

AAQ_7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Discordo	2	1,7	1,7	1,7
Nem concordo, nem discordo	3	2,5	2,5	4,2
Concordo	66	55,0	55,0	59,2
Concordo fortemente	49	40,8	40,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

É importante fazer exercício físico em qualquer idade.

AAQ_8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nada verdadeiro	8	6,7	6,7	6,7
Pouco verdadeiro	19	15,8	15,8	22,5
Moderadamente verdadeiro	49	40,8	40,8	63,3
Muito verdadeiro	35	29,2	29,2	92,5
Extremamente verdadeiro	9	7,5	7,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Envelhecer está a ser mais fácil do que pensava.

AAQ_9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo fortemente	15	12,5	12,5	12,5
Concordo	40	33,3	33,3	45,8
Nem concordo, nem discordo	31	25,8	25,8	71,7
Discordo	30	25,0	25,0	96,7
Discordo fortemente	4	3,3	3,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Acho mais difícil falar sobre os meus sentimentos à medida que fico mais velho(a).

AAQ_10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada verdadeiro	1	,8	,8
	Pouco verdadeiro	18	15,0	15,8
	Moderadamente verdadeiro	37	30,8	46,7
	Muito verdadeiro	55	45,8	92,5
	Extremamente verdadeiro	9	7,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0

Aceito-me melhor a mim próprio(a) à medida que fico mais velho(a).

AAQ_11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada verdadeiro	18	15,0	15,0
	Pouco verdadeiro	25	20,8	35,8
	Moderadamente verdadeiro	27	22,5	58,3
	Muito verdadeiro	37	30,8	89,2
	Extremamente verdadeiro	13	10,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0

Não me sinto velho(a).

AAQ_12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	11	9,2	9,2
	Concordo	30	25,0	34,2
	Nem concordo, nem discordo	37	30,8	65,0
	Discordo	36	30,0	95,0
	Discordo fortemente	6	5,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0

Vejo a velhice sobretudo como um tempo de perdas.

AAQ_13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada verdadeiro	16	13,3	13,3
	Pouco verdadeiro	25	20,8	34,2
	Moderadamente verdadeiro	20	16,7	50,8
	Muito verdadeiro	50	41,7	92,5
	Extremamente verdadeiro	9	7,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0

A minha identidade não é definida pela minha idade.

AAQ_14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada verdadeiro	7	5,8	5,8
	Pouco verdadeiro	23	19,2	25,0
	Moderadamente verdadeiro	32	26,7	51,7
	Muito verdadeiro	45	37,5	89,2
	Extremamente verdadeiro	13	10,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0

Tenho mais energia agora do que esperava ter para a minha idade.

AAQ_15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	15	12,5	12,5
	Concordo	19	15,8	28,3
	Nem concordo, nem discordo	37	30,8	59,2
	Discordo	42	35,0	94,2
	Discordo fortemente	7	5,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0

Estou a perder a minha independência física à medida que envelheço.

AAQ_16

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada verdadeiro	13	10,8	10,8
	Pouco verdadeiro	31	25,8	36,7
	Moderadamente verdadeiro	31	25,8	62,5
	Muito verdadeiro	38	31,7	94,2
	Extremamente verdadeiro	7	5,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0

Problemas com a minha saúde física não me impedem de fazer aquilo que quero.

AAQ_17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	26	21,7	21,7
	Concordo	34	28,3	50,0
	Nem concordo, nem discordo	21	17,5	67,5
	Discordo	38	31,7	99,2
	Discordo fortemente	1	,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0

À medida que envelheço, acho mais difícil fazer novos amigos.

AAQ_18

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada verdadeiro	1	,8	,8
	Pouco verdadeiro	5	4,2	5,0
	Moderadamente verdadeiro	21	17,5	22,5
	Muito verdadeiro	67	55,8	78,3
	Extremamente verdadeiro	26	21,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0

É muito importante passar o testemunho da minha experiência para os mais novos.

AAQ_19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco verdadeiro	8	6,7	6,7	6,7
	Moderadamente verdadeiro	38	31,7	31,7	38,3
	Muito verdadeiro	56	46,7	46,7	85,0
	Extremamente verdadeiro	18	15,0	15,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Acredito que a minha vida fez a diferença.

AAQ_20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	32	26,7	26,7	26,7
	Concordo	44	36,7	36,7	63,3
	Nem concordo, nem discordo	19	15,8	15,8	79,2
	Discordo	22	18,3	18,3	97,5
	Discordo fortemente	3	2,5	2,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Não me sinto envolvido(a) na sociedade, agora que sou mais velho(a).

AAQ_21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco verdadeiro	1	,8	,8	,8
	Moderadamente verdadeiro	15	12,5	12,5	13,3
	Muito verdadeiro	70	58,3	58,3	71,7
	Extremamente verdadeiro	34	28,3	28,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Quero dar um bom exemplo aos mais novos.

AAQ_22

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Concordo fortemente	38	31,7	31,7	31,7
	Concordo	35	29,2	29,2	60,8
	Nem concordo, nem discordo	24	20,0	20,0	80,8
	Discordo	22	18,3	18,3	99,2
	Discordo fortemente	1	,8	,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Sinto-me excluído(a) das coisas, por causa da minha idade.

AAQ_23

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Nada verdadeiro	17	14,2	14,2	14,2
	Pouco verdadeiro	19	15,8	15,8	30,0
	Moderadamente verdadeiro	40	33,3	33,3	63,3
	Muito verdadeiro	33	27,5	27,5	90,8
	Extremamente verdadeiro	11	9,2	9,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

A minha saúde é melhor do que eu esperava, para a minha idade.

AAQ_24

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Nada verdadeiro	8	6,7	6,7	6,7
	Pouco verdadeiro	17	14,2	14,2	20,8
	Moderadamente verdadeiro	36	30,0	30,0	50,8
	Muito verdadeiro	52	43,3	43,3	94,2
	Extremamente verdadeiro	7	5,8	5,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Mantenho-me em forma e activo(a) o mais possível com exercício.

ANEXO D – Variância Total

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,265	21,937	21,937	5,265	21,937	21,937	3,822	15,924	15,924
2	2,560	10,667	32,604	2,560	10,667	32,604	3,589	14,955	30,878
3	1,773	7,388	39,992	1,773	7,388	39,992	2,187	9,114	39,992
4	1,367	5,695	45,687						
5	1,317	5,486	51,173						
6	1,170	4,874	56,047						
7	1,026	4,276	60,323						
8	,995	4,145	64,467						
9	,943	3,930	68,397						
10	,884	3,681	72,079						
11	,801	3,336	75,415						
12	,768	3,199	78,614						
13	,728	3,035	81,650						
14	,680	2,831	84,481						
15	,624	2,602	87,082						
16	,504	2,102	89,184						
17	,438	1,824	91,008						
18	,403	1,678	92,686						
19	,388	1,618	94,304						
20	,337	1,405	95,709						
21	,320	1,334	97,044						
22	,300	1,249	98,293						
23	,227	,946	99,239						
24	,183	,761	100,000						